

# ORVOSI HETILAP.

Alapította: **Markusovszky Lajos** 1857-ben. Folytatták: **Antal Géza** és **Högyes Endre**.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

**LENHOSSÉK MIHÁLY** EGYET. TANÁR ÉS **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

**Mellékletei:** SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarczy Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Körmöczy Emil:** Közlés a szt. István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochalt Károly dr., egyetemi magántanár.) Adatok Budapest malariaviszonyaihoz és a koratavaszi malaria tanárhoz. 137. lap.

**Verebely Tibor:** Közlés a k. m. t.-egyetem II. sebészeti sz. klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre, udvari tanácsos, egyet. tanár.) A hyphomycosis pedis körképe. 140. lap.

**Királyfi Géza:** Közlés az I. számú belorvostani klinikáról. Igazgató: Korányi Frigyes, egyetemi tanár. A klinikai és kórbonecolástani diagnosis. 142. lap.

**Tarcsa. Illyés Géza:** Beszámoló a XIII. szüneti orvosi cursusról. 143. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. F. de Quervain:** Specielle chirurgische Diagnostik. — **D. v. Hanemann:** Ueber die Gehirne von Th. Mommsen Historiker, R. W. Bunsen Chemiker und Ad. v. Menzel Maler. — **J. P. Karplus:** Zur

Kenntniß der Variabilität und Vererbung am Zentralnervensystem des Menschen und einiger Säugetiere. — **Lapszemle. Gyógyászat. Wolters:** Veronal okozta bőrkiütés. — **Altalános kör- és gyógytan. Wassermann:** Az újabb immunizáló eljárások. — **Belorvostan. Jaksch:** Jelentős haladás a radiotherapiában. — **W. M. Robson:** A zsugorodott fehér vese. — **Sebészet. V. Czerny:** A rák kezelése fulguratioval. — **Wildbolz:** A vesegümőkör. — **Tedoroff:** Szer a nyelvvalap daganatainak eltávolítására. — **Bőrkórtan. K. Herzheimer:** Az eczemának újabb kátrányos készítményekkel való gyógyítása. — **Venerés bántalmak. O. Rosen-thal:** A syphilisnek arsennel való kezelése. — **Kisebb közlemények az orvos-gyakorlatra. Ehrmann:** A salicylsavnak fehérjevizelést okozó hatása. — A sajodin tabletták használata. — **Bornemann:** A lágy fekély gyógyítása. 145—148. lap.

**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság.** 149. lap

**Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések.** 149. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 150—153. lap.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a szt. István-kórház VII. orvosi osztályáról. (Főorvos: Hochalt Károly dr., egyetemi magántanár.)

**Adatok Budapest malariaviszonyaihoz és a koratavaszi malaria tanárhoz.**

Irta: **Körmöczy Emil** dr.

A mióta az anophelesek szerepét a malaria terjesztésében felismerték, azóta mindjobban kiderült, hogy e betegség tanulmányozása helyesen csak egyes vidékek szerint történhetik. Mások a malariaviszonyok a forró földövi országokban, mások a mérsékeltébb klíma alatt, sőt mások a viszonyok egyes országok különböző vidékein is. Ez különben könnyen érthető, mert a malaria jelentkezésmódja és egyik sajátossága első sorban az anophelesek életmódjától függ, ezt pedig az éghajlat, a talajviszonyok, a lakosság kulturális viszonyai befolyásolják. A mióta pedig az is kiderült, hogy az anophelesek rendkívül alkalmazkodnak az őket környező viszonyokhoz és hogy egyes vidékek anophelesei merőben különböző életmódot folytathatnak és a különböző plasmodiumfajokkal való fertőzéssel szemben is más és más viselkedést mutatnak, azóta az ilyen vizsgálatok értéke még inkább növekedett.

Budapest malariaviszonyait mintegy 12 év óta kísérem figyelemmel, 1903 óta pedig kiterjesztettem vizsgálódásaimat a fővárosunkban előforduló anophelesekre és azok életmódjára is, a legutóbbi időben pedig különösen a koratavaszi malaria létrejöttelének módja érdekelt. Ezen vizsgálódások közben nyert tapasztalataimról akarok az alábbiakban beszámolni.

Budapest malariaviszonyairól statisztikai adatokat gyűjteni nehéz. Részben hozzáférhetetlenek, részben megbízhatatlanok ezen adatok. Végre is leghelyesebbnek véltem, ha a malariaviszonyok tanulmányozásakor két forrást veszek csak tekintetbe. A közkeletű statisztikai adatait, a mi úgy általában véve nyújt tájékoztatást, és a mi osztályunk adatait, melyeket magunk gyűjtöttünk,

és a melyeket a finomabb kérdések megoldására is felhasználhatunk.

A közkeletű évkönyv adatai a következők:

Év	A malariás betegek száma
1896 . . . . .	159
1897 . . . . .	287
1898 . . . . .	446
1899 . . . . .	234
1900 . . . . .	119
1901 . . . . .	144
1902 . . . . .	136
1903 . . . . .	82
1904 . . . . .	39
1905 . . . . .	32
1906 . . . . .	45

Az osztályunk beteganyagán gyűjtött adatok a következők:

Év	Január	Február	Márczius	Április	Május	Június	Július	Augusztus	Szeptember	Október	November	December	Összesen
1896	1	1	1	2	5	5	5	8	6	3	1	1	39
1897	2	0	2	5	8	5	5	12	12	3	5	4	63
1898	2	2	6	14	15	14	9	9	12	8	6	1	98
1899	1	2	2	3	2	3	2	2	3	3	—	1	24
1900	1	1	1	2	4	3	1	0	2	2	0	2	19
1901	1	—	1	—	5	3	3	1	3	4	2	—	23
1902	1	1	1	3	4	3	1	2	1	1	—	—	18
1903	—	2	—	1	3	3	—	2	—	—	—	—	11
1904	—	—	—	1	1	1	5	—	—	—	—	—	8
1905	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
1906	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
1907	—	—	—	1	—	—	2	3	3	—	—	—	9
Összeg	11	9	14	32	47	41	34	39	42	24	14	9	316



Ezen adatokból világosan kitetszik, hogy a malariaesetek száma Budapesten folytonos apadásban van. Érdekes az 1897. és 1898. évi eseteknek nagy száma. Ezen években a malariaendemia országos lehetett, legalább erre utalnak Jancsó adatai is, ki ezen években a kolozsvári malariaesetek erős megszorodásáról emlékezik meg.<sup>1</sup> Nehéz eldönteni azon kérdést, hogy mikor szűnt meg a malaria endemiás lenni Budapesten. Azt azonban mégis meg merem állapítani, hogy 1897-ben és 1898-ban még endemiás volt. Leginkább a városligeti tó tájékáról és a IX. és X. kerületből kerültek osztályunkra helybeli fertőzések. Sőt a kórházunk területén évek óta lakó bonczoló szolgán és feleségén is konstatáltam az 1898. év nyarán plasmodium vivax-fertőzést. 1903 óta különös gonddal nyomoztam a fertőzés eredete után és ezen idő óta egyetlen egy esettel sem találkoztam, hol helybeli fertőzést vehettem volna fel.

Megfigyelésem egész tartama alatt kétszer észleltem plasmodium praecox-fertőzést, ezek mindegyike a Balkán-félszigetről került hozzánk.<sup>2</sup> Az 1903 előtti időben itt-ott előfordult quartana-fertőzés is, de igen gyér számban, azóta azonban egyedül csak plasmodium vivax-fertőzést láttam, mely mint febris intermittens tertiana simplex vagy duplex jelentkezett. Mindezekből megállapítható, hogy a kórházunk betegforgalmát szolgáltató vidékeken is alkalmasint csak ezen fertőzés fordul elő és a félholdképző plasmodiummal való fertőzés jóval ritkább lehet hazánkban, mint azt Holländer tisztán a klinikai tünetek alapján feltételezi.<sup>3</sup>

A malariaesetek évszakos ingadozását osztályunk statisztikai adataiból nem lehet megállapítani, mert hisz csak behurczolt esetek kerültek szemünk elé, de pl. az 1897. és 1898.-i endemiás években mégis látni lehet, hogy nálunk is, mint más mersékelt éghajlatú vidéken, hol a plasmodium vivax-fertőzés uralkodik, az esetek számának minimuma télen volt és két emelkedés észlelhető. Az első emelkedés legmagasabb pontja a tavasz végén, a másik emelkedése az ősz elején van.

Kora tavaszi malaria csak gyér számban került szemünk elé, és azok egyetlen egy esetében sem tudtam friss fertőzést felvenni, többnyire recidivák voltak. Az 1907 tavaszán észlelt két esetem pedig (az egyik magángyakorlatomban volt) ugyan gyanút keltett, hogy nincs-e friss fertőzéssel dolgunk, alapos vizsgálatkor azonban ezek sem bizonyultak annak, mint azt később ki fogom fejteni.

Az utolsó időben észlelt plasm. vivax fertőzés mind szövőd-mények nélküli könnyebb megbetegedés volt, mely chininre könnyen és recidiva nélkül gyógyult. A malaria ereje tehát ezen irányban is jóval kisebb, mint ezelőtt volt, vagy mint járványos vidéken még most is észlelhető.

1903 óta eseteim klinikai megfigyelése mellett anophelesek után is kutattam és azok életviszonyait is törekedtem megfigyelni. Egészben véve oly dologokat tapasztaltam e közben, mit már sokan és sokszor leírtak, azért csak annak elmondására szorítkozom, a mit a helyi viszonyok szempontjából kiemelendőnek tartok.

Megfigyeléseimet legnagyobb részt a kórházunk területén levő állattárlókban tettem, hol anophelesek és culexek állandóan tanyáznak. A petéket, álcákat és bábokat pedig a kórház mögötti apró vizekben és a Margitsziget partjain figyeltem meg. A szabadban röpködő imágók megfigyelésére csak igen ritkán volt alkalmam. Utánjárásom közben csakhamar kiderült, hogy Budapesten mindenhol van anopheles, hol megélhetésükre alkalmas viszonyok vannak, de sehol sem találtam nagyobb mennyiségben. A város beépített területén persze ritkán lehet őket fellelni, de pl. a mentők istállójában itt-ott sikerült egyet-egyet felfedeznem. Lehet, hogy a kültelken megforduló lovakkal repültek be és itt meghúzódtak. A hol azonban a város területén állólok közelében mezőség vagy vízgyűlem van, ott már nagyobb számmal fordulnak elő. Így pl. a kórház nyúlislátójában, a fertőtlenítő intézet és a külső kerületek istállóiban. Egészben véve azonban sokkal több a culex-nemzetség és az anophelesek nagyobb számmal csak az istállókban és a felettük levő szénapadláson lelhetők. Jól észlelhető ez pl. a Margitszigeten. A Margitszigeten a visszahúzó Duna után fenn-

maradó vízgyűlemek valóságos melegágyai a fejlődő culexeknek. Ezért állandó a szigeten a szúnyogok kellemetlenkedése. Anophelest azonban csak a lóistállóban leltem és itt is gyér számban. Ugyanígyenek a viszonyok a Gellérthegy környékén, Kőbányán, Pusztaszent-Mihályon, hol mindig csak culexeket lelni és az anopheles csak istállókban és ólakban található.

Eleinte iparkodtam az összegyűjtött culexeket és anophelesek pontosságban is meghatározni, egyelőre azonban felhagytam az ilyen irányú törekvéssel, és megelégedtem azzal, hogy az imágók ülő helyzetét, a szárnyak pettyezettségét és a fejen levő szervek egymáshoz való viszonyát vegyem tekintetbe. Ezzel el tudtam dönteni, hogy culex- vagy anophelesnemzetséggel van-e dolgom! Meg tudtam állapítani végre azt is, hogy a Budapesten előforduló anophelesekre egészen ráillik az Anopheles claviger (maculipennis Meig) leírása, és pedig nemcsak a kifejlesztett imágókra áll ez, de az álcákra és bábokra is és tulajdonképpen az én összes megfigyeléseim ezen foltos szárnyú anophelesre vonatkoznak.<sup>1</sup> Az anopheles clavigert leginkább az ugyancsak foltos szárnyú culex annulatus-sal lehetne összetéveszteni. Ez a culexfaj Budapesten is honos. Szabadban és istállóban én ugyan nem leltem, de ősszel a szobába húzódo culexek közt elég gyakran láttam culex annulatust. Ezen culex azonban nagyon könnyen megkülönböztethető az anophelesektől, mert az anopheles claviger valamivel kisebb, a lábain nincsenek színes gyűrűk, másfelé a fejen elhelyezett szervei és más a pihenő állása.

A különböző országokban végzett anophelesvizsgálatok kiderítették, hogy az anophelesek nagyon alkalmazkodnak a vidék éghajlati és egyéb viszonyaihoz és legtöbbször csak ezek ismerete alapján lehet a malariaviszonyokat magyarázni. Így pl. kiderült, hogy Oroszországban egy évben csak egy anophelesgeneratio terem meg, vagy hogy a japán anopheles (a. sinensis) immun a plasmodium praecox, az angol pedig minden plasmodium-infectio ellen. Érdekes az is, mit a Németországban tapasztaltak, hogy az anophelesnemzetséggel testvér aedes-ek petéi és álcái a befagyott víz alatt áttelelnék, leszállítván lélekzési igényüket.

Vizsgálódásaim közben meggyőződtem, hogy a mi anophelesink nem immunisok a plasmodiumfertőzéssel szemben és többször sikerült részben a budapesti, részben a rákosszentmihályi pajtáknál összefogdosott anophelesekkel fertőznöm és a fertőzés menetét követnem. Ezen vizsgálataimat mindig plasmodium vivax-szal végeztem, de azért nem kételkedem abban, hogy a budapesti anophelesek más plasmodiumfertőzéssel szemben is fogékonyak. Olyasfélék tehát a viszonyok nálunk is, mint pl. Hamburgban. Hamburgban elég sok a behurczolt váltóláz eset, anophelesek is vannak s ezek fogékonyak az infectio iránt, mert hiszen a „Tropeninstitut“ velük végzi kísérleteit, és még sincs Hamburgban már évek óta helybeli fertőzés.

A kora tavaszi malariaesetek magyarázata szempontjából igen fontos annak kifürkészése: hogy vajon áttelelnék-e nálunk az anophelespeték és -álcák és hogy mikor jelenik meg az első generatiojuk? Szükséges továbbá azt is tudnunk, hogy mikép viselkednek a télire visszahúzódo anopheles-nők, mikor repülnek ki tavasszal és szívják-e tavasszal vért?

Tél folyamán sem anopheles-, sem culexpetéket eddig nem találtak Magyarországon. Én sem leltem! Ámbár a németországi és az aedes-fajra vonatkozó tapasztalatok alapján ezt nem lehet absolute lehetetlennek tartani! A kórház melletti anopheles- és culexfészkek oly csekélyek és annyira romlékonyak, hogy az már elméletileg is valószínűtlennek látszott, de nem találtam a margitszigeti szokott culexfészkekben sem erre utaló jeleket. Pedig az idei ősszel és tél elején sokat fürkésztünk ez irányban Czyzewsky dr. udvari és fűrdőorvos ural, kinek támogatásáért ezúttal is köszönetet mondok.

Az első anophelesgeneratio megjelenését egész pontosan nem tudtam megállapítani, csak a következő adataim vannak. Mult év tavaszán, midőn egy kora tavaszi infectio észlelése kapcsán anophelespeték után kutattam, azokra csak május első napjaiban leltem, holott culexálcák és bábok ilyenkor már bőven

<sup>1</sup> Jancsó: Tanulmányok a váltóláz parasitáiról, 1903.

<sup>2</sup> Bemutatva a közkegyházi orvostársulat 1903. évi IV. ülésén.

<sup>3</sup> Holländer H.: A malaria elterjedése Magyarországon, 1907.

<sup>1</sup> Az anopheles bifurcatusra, vagy annak bábjaira, álcáira vizsgálódásaim közt én sohase akadtam, ez azonban nem zárja ki, hogy az is előfordul vidékünkön, de inkább a szabadban és csekélyebb számban.



voltak a szigeten. Kitelelő petéikkel megrakott nőket pedig egész április közepéig lettem istállóinkban, új tavaszi him- és nőculexekkel egyetemben. Igaz, hogy ezen istállóinkban csupa apró kísérleti állat van, melyek állandóan istállóva vannak, itt tehát talán tovább maradnak tető alatt a nőtény anophelesek, mint ott, hol az állatok a szabadba járnak. Azt is tekintetbe kell venni, hogy tavaly hűvösen kezdődött a tavasz és hogy him culexet mindig inkább találtam az istállóinkban, mint him anophelest. Úgy látszik, azok inkább követik nőtényeiket és nem oly könnyen pusztulnak. Akármint van is a dolog, mégis valószínű, hogy az első anopheles-generatio az időjárás változatait tekintetbe véve, május elején jelenik meg és megelőzik őket a culexek. Így találta azt Janesó és Kertész<sup>1</sup> is. Tető alá húzódó, erősen kifejtett anopheles-nőtények rendszerint már szeptember első napjaiban bőven voltak pajtáinkban. Eleinte vérrel teltek a kitelelő anopheles nőtények és az állatok feletti léceken tanyáznak, később az ősz előrehaladtával már nem szívnak vért és felhúzódnak a padlás sötét, légáramlástól mentes zugaiba, hol csak nehezen lelhetők meg. A tél derekán és a tavasz legelején pedig éppen nem tudtam őket felfedezni. Az áttelelő anophelesek mind lomhábbak és lomhábbak lesznek, lesóványodnak és megpúposodnak, mint a culexek. A tavaszi meleg beálltával az elrejtőzött anophelesek újból előtűnnek. *Peterakás előtt újból és ismételve vért szívnak és csak azután repülnek ki.* A kora tavaszi maláriák értelmezése szempontjából ezen utóbbi körülmény feletten fontos.

Az elmondottakat tekintetbe véve, megállapíthatjuk, hogy a malariát illetően Budapesten is olyan viszonyok vannak, mint a nyugoti államok legtöbb városában. Vannak behurczolt malariaesetek, vannak fertőzésre fogékony anophelesek: és még sincs endemiás malaria. Ennek első sorban az az oka, hogy kevés az anopheles és a mi van, az is inkább istállóinkban húzódik meg és állatok vérével él. Kevés azután a malariás beteg is és azok is könnyen és gyorsan gyógyulnak, még mielőtt anophelest ragályozhatnának. Egészen mások a viszonyok a forró égöv alatt, vagy hazánk egyes pocsolyás vidékein. Itt sok az anopheles, azok felkeresik a hiányosan öltözködő embert is, sőt egyúttal tanyáznak velük sötét, rosszul szellőztetett szobáikban. Ilyen helyeken az endemia fellobbanása csak az anophelesekre kedvező időjárástól függ. Városainkban azonban a malaria kiújulásának alapfeltételei hiányoznak és azért a malariajárvány fellobbanásától nekünk nem kell tartanunk. Érdekes kiemelni azt is, hogy a behurczolt és észlelésünk alá kerülő malariaesetek mind *plasmodium vivax* által okoztatnak. Ez a tapasztalat megegyezik azzal, mit más nagyobb városokban is észlelnek. A *plasmodium malariae* legszívesebb fajtája a *vivax*, és mindenhol, hol akár éghajlati, akár más viszonyok folytán a malaria nehezen ver gyökeret vagy kialvóban van, ez a fertőzés az uralkodó, illetve ez tartja magát a legtovább. Hogy mi ennek a tulajdonképeni oka, nem tudjuk biztosan. Ám az állat- vagy növényvilágban elégszer észlelünk ehhez hasonlót és ennek magyarázatára nem szükséges a *plasmodium*fajok egységességét és egyik fajnak a másikba való átalakulását (Laveran, Plehn)<sup>2</sup> felvenni.

A malaria-moszkító-tannak egyik legnehezebben értelmezhető részét tette a kora tavaszi malariaesetek magyarázata, vagyis azon fertőzéseké, melyek az új tavaszi generatio megjelenése előtt konstataálhatók. Nekünk is voltak ilyen kora tavaszi malariaeseteink. Betegeink egy részében kétségtelenül recidiva volt jelen; egy-kettőnél azonban nem lehetett recidiváról beszélni, mert a betegek határozottan tagadtak minden előző malariás mozgalmat. Ezeknél tehát más magyarázat után kell néznünk.

Mindenekelőtt arra kell gondolnunk, hogy a tavasszal meg-elevenedő anopheles-nőtények a peterakás előtt ismételve vért szívnak és e közben fertőződnek és fertőznek. Ez lehetséges, de mégsem valószínű. Mert igaz ugyan, hogy én is láttam kitelelő anophelest tavasszal ismételtén vért szívni, ám az imágók ilyenkor már rendszerint nem élnek annyi ideig, hogy bennük egy új fertőzés lefolyhasson.

A második eshetőség az, hogy az ősszel fertőzött anopheles-

nőtény a tavaszi vérszíváskor fertőz. Ezt azelőtt kizártuk tartották, mert a kitelelő anopheles-nőtények nyálmirigyei ismételt vérszíváskor méregtelenítettnek és az ősz végén összefogdosott anophelesek nyálmirigyei plasmodiummenteseknek találtattak. Ámde újabban kimutatta Schaudinn,<sup>1</sup> hogy a verebek halteridium-fertőzések szerepet vivő culexekben igenis megmarad a fertőzés tavaszig, még pedig nem a nyálmirigyekben, hanem a bélhuzamban. Az itt rejtőzködő makrogameták azután az ismételt tavaszi vérszívásra parthenogenesis útján szaporodnak és a nyálmirigybe kerülnek. Ugyanez lehetséges az anopheleseknél is. Igaz, hogy az anophelesek késő ősszel is szívják vért, a culexek pedig nem, de a fertőzés elrejtőzések nem is a táplálkozás, de a környező hőfok játssza a főszerepet. Épen ezért endemiás helyen a tavasszal előbúvó anopheles-nőket össze kellene fogdosni és velük Schaudinn kísérleteit megismételni.

Végül arra is lehetne gondolni, hogy a fertőzött anopheles ősszel fertőzött petét rak. Ezen peték áttelelnek és tavasszal fertőzött imágók bujnak ki, melyek vért szíva, már kora tavasszal megbetegedést okoznak. Ilyenforma a fertőzés pl. a marhák malariájában, hol ezen germinatív fertőzési mód a rendes. Igaz ugyan, hogy Grassi már rég gondolt erre, de a fertőzött vidéken rakott petékből járványmentes helyen kikeltetett imágókkal sohasem tudott inficiálni, csak hogy ehhez Schaudinn szerint ismételt vérszívás szükséges, míg tudniillik a nyálmirigybe jut a fertőző agens. Ezen utóbbi lehetőségre annál inkább kell gondolni, mert mint már említettem, az anophelesekkel rokon *aedes*-nemzetségen Németországban kimutatták, hogy igenis a petéi és álcái áttelelhetnek, leszállítva légzési igényüket. Nálunk Magyarországon áttelelő culex- vagy anopheles-petét eddig senki sem talált, én is hiába kerestem az idei tél folyamán és azért ezen eshetőséget tartom egyelőre legvalószínűtlenebbnek.

Mindezekből látható, hogy a kora tavaszi malariafertőzések összhangba hozhatók a malaria-moszkító-tannal és ezen fertőzések korántsem ingatják meg e tan erősségét, mint azt pl. Gravitz gondolja. Legfeljebb azt lehet mondanunk, hogy a kora tavaszi malariák magyarázata szempontjából az anopheles-nőtények téli és kora tavaszi életét endemiás és nem endemiás vidéken jobban meg kell figyelni, mint a hogy eddig tettük és akkor bizonyítvánnyal megtaláljuk ezen rejtélyes fertőzések nyitját, a nélkül, hogy a malaria-moszkító-elméletet meg kellene ingatnunk, melynél jobban megalapozott nincs az egész modern orvostudományban. A kora tavaszi friss malariafertőzések megbírálasakor egyébként is figyelemmel kell eljárunk és nemcsak a *recidivákat*, de a *latens őszi fertőzések tavaszi kitörését is ki kell zárunk.*

1907. év tavaszán két érdekes esetet észleltem, melyek röviden a következők:<sup>2</sup>

D. J. 26 éves mérnök, budapesti lakos, sohasem volt malariás és évek óta nem volt lázas betegsége. 1906. év őszén egy vasúti építéssel kapcsolatosan Horvároszban járt és földmunkásokat vezetett. Munkásai közt több malariás volt, de neki semmi baja sem történt. A beteg, ki az egész telet és tavaszt a fővárosban töltötte 1907. év április 20-án typosus malariarohamot kapott. A III. roham után a vérben kifejlődött *vivax*-gametákat és schizontokat találtam. A beteg chinin-kezelésre gyorsan gyógyult és azóta egészséges.

Második esetem a következő:

G. J. 18 éves postakocsi december óta Budapesten van. Azóta nem volt vidéken és állítólag sohasem volt malariás. Mult év őszén a beteg Erdélyben fuvaroskodott. Április 4-én a betegen typosus *plasm. vivax*-fertőzést lehetett konstataálni.

Ezen két betegen biztosan ki lehet zárunk a friss fertőzést, mert hisz Budapest ez idő szerint malariamentes, de különben is nagy gonddal vizsgáltam meg a betegek életviszonyait, környezetét, különösen az utóbbi kocsi, a kiben a fertőzés lehetősége még leginkább fennállott és semmi olyasmit sem találtam, a mi a friss fertőzés mellett szólott volna.

Közönséges recidiva esetéről sem lehet szó, különösen nem első esetemben, hol az intelligens, magát erősen megfigyelő mérnökember bizonyára felismerte volna, ha megelőzőleg malariás

<sup>1</sup> Kertész: A magyarországi szúnyogfajok rendszertani ismertetése. 1904.

<sup>2</sup> Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 30. szám.

<sup>1</sup> Schaudinn: Generation und Wirtwechsel bei Trypanosoma und Spirochäte, 1904.

<sup>2</sup> Bemutatva a közközházi orvostársulat 1907. VI. ülésén.



rohama volt volna. Fel kell tehát a jelen esetekben vennem, hogy a látszólagos kora tavaszi fertőzés tulajdonképpen őszi fertőzés volt.

Az ilyen latens fertőzések mai ismereteink mellett éppen úgy, mint a malariarecidivák, könnyen magyarázhatók és sokban hasonlítanak ama jelenségekhez, mint a minőket az áttelelő culexekben észlelt Schaudinn a verebek halteridium fertőzésekor. A szúnyogokban is elszunnyad az őszi fertőzés és csak tavasszal tör ki újra, az emberben is. Csakhogy a szúnyog változó hőmérsékű állat, az ember pedig nem! És mégis fel kell vennünk, hogy az égalji és évszaki viszonyok az emberben is befolyásolják a plasmodium fejlődését és pedig talán sokkal inkább, mintsem azt eddig tekintetbe vettük. Erre mutat pl. az is, hogy a malariarecidivák tavasszal jelentkeznek leginkább, továbbá az is, hogy a légváltozás a malaria egyik legértékesebb gyógyszere! A kora tavaszi malariák értelmezésekor gondolnunk kell tehát ilyen latens esetekre is.

Közlés a k. m. t.-egyetem II. sz. sebészeti klinikumáról. (Igazgató: Réczey Imre, udvari tanácsos, egyet. tanár.)

### A hyphomycosis pedis kórképe.

Irtá: Verebélj Tibor dr., klinikai tanársegéd.

(Vége.)

A legelső említést a láb illetően megbetegedéséről Kämpfer munkájában találjuk, a ki 1712-ben „Perical” néven ír le egy Indiában endemiás bajt, a melynek fogalma azonban nála, éppen úgy, mint követőinél is, egybeolvad az elephantiasis, a morbus tuberculosus pedis, hypertrophia pedis és ulcus grave cruris kórformáival. Az elsők, kik mint önálló megbetegedést említik, angol gyarmatorvosok Madrasból, Madurából s tőlük ered megjelölése: „Madura-láb” is, annak bizonyítására, hogy Madura, Keletindia egy déli kormányzósága a baj főfészke. Ballingal 1855-ben már jó leírást közöl róla s annak a gyanujának ad kifejezést, hogy a betegséget fertőzés okozza. Ezen feltevésből kiindulva tanulmányozza a kérdést Carter, a ki 1861-ben csakugyan talál a megtámadott szövetekben egy myceliumot, sclerotiumokat alkotó mikroorganizmust, a melyet Berkeley utóbb az ő nevével Chionyphe Carteri-nek nevezett el. Munkája nagy vitára adott alkalmat az érdekelt gyarmatorvosok körében: voltak, a kik ezt a chionyphe elfajult szövettörmeléknek minősítették s minden elődsit tagadtak, mások elismerték ugyan a szemcsék gombatermészetét, de azt mondták, hogy ez csak másodlagosan, mint saprophyta telepszik meg az egyéb okból elhalt, elpusztult szövetekben, s a kórkép lezajlására semmiképen sem foly be, vagy azt legfeljebb többé-kevésbé módosítja, súlyosbítja. Mindezekkel szemben Carter felvéve a keztyűt, 1874-ben terjedelmes monographiát szentel a tárgynak, klasszikus klinikai és aetiológiai képét adva a bajnak, melynek megjelölésére a mycetoma nevet ajánlja. India egyes vidékein valóságos endemiás góczokban (Malabar-partok, Pondicherry, Karikal, Madura, Kaddapa, Ratjavar) támad a benszüllötteken e baj. A klinikai lefolyást magát így vázolja: a többnyire mezítlábos benszüllöttek lábán csekély sérülések kapcsán, a melyekre a puszták homokjában elég alkalom nyílik — hiszen erre irányult vizsgálatok efféle talpbőrben valóságos gyűjteményt írtak le ásványi és növényi alkotórészekből —, tehát ilyen csekély sérülések kapcsán a bőr alatti kötőszövetben, a láb hátán, a láb szélén vagy az ujjak közt, kicsiny, kemény, fájdalomtalan, mozgatható dudorok támadnak, a melyek lassú s állandó növésnek indulnak; mozgékonyáguk idővel elvész, a láb csontos vázával összenőnek, érzékenyek lesznek, miközben a láb egészében duzzadni, vastagodni kezd. A bőrben újabb göbök támadnak, a melyeknek története hasonló; a régi göbök felett végre elvékonyodik, áttör a bőr s az eredetileg zárt dudorok helyén kisebb-nagyobb ürjáratok nyílnak meg. Minthogy a baj az általános érzést alig befolyásolja, spontán fájdalmakkal alig jár, többnyire csak ily előrehaladt állapotban kerülnek a betegek az orvos szeme elé. A láb, kivált az ujjak és a bokák közé eső rész erősen, csaknem gömbszerűen puffadt; a lábujjak kicsinysége, normális volta, s a tartós inaktivitástól sorvadt lábszár vékonysága éles ellentétben áll az alaktalanságig duzzadt lábbal. Az ujjak széttoltak,

irányukat veszítettek, a levegőben lógnak; a talp homorúsága eltűnt, a láb hát legömbölyített, a lábszélek eltűntek. A duzzadás egyenletesen kiterjed az egész lábra, a mely mindenütt tömött s erősebb nyomáskor behorpad, mint valamely vékony fémlemez; színe kékesvörös, szederjes. A bőrt vagy kisebb kékes, vékony hámmal fedett, olykor tüszúrásnyi nyílással bíró, vagy nagyobb, akár diónyi tömött, esetleg közepükön lágyult, avagy tojásnyi-almányi, lágy, tágan feltört, túllógó, kibuggyanó, öblös szélű, krátterszerűen fekélyes dudorok teszik egyenletlenné, a melyekből híg, bűzös, vörhenyes savó ömlik. A sipolyokból ömlő savóban kisebb-nagyobb szemcsék úszkálnak, melyeknek színe szerint a mycetomának 2 alaptípusát különbözteti meg Carter: a fehér fajt (pale or ochroid variety) puha, sima szemcséivel, a malacotiakkal, s a fekete fajt (black or melanotic variety) a tömött, szederszerű, fekete szemcsékkel, sclerotiakkal.

Ehhez a klinikai képhez alig tett valamit az újabb vizsgálók sora. Kiszélesedtek a földrajzi elterjedés határai, a mennyiben kiderült, hogy a forró földön egyéb tájain is vannak endemiás góczok, így Algírban, Tunisban, az Egyesült-Államokban, Ausztráliában, s hogy sporadikusan e földön valamennyi vidéken megtalálható. A mérsékelt földön alatt, Európában azonban csakis két eset ismeretes, és pedig az egyik 1888-ban Paduából Bassini, a másik 1906-ban Párisból Reynier leírásában; ezekhez csatlakozik az itt bemutatott két eset Magyarország két különböző vidékéről, jelölve annak, hogy a kórokozó csira valamely ubiquitaer elődsi, melynek azonban az éghajlati viszonyok szabják meg fertőzősi feltételeit. Némileg módosultak a klinikai kép vonásai is, a mennyiben leírtak a lábszárra kiterjedő eseteket, valamint hasonló elváltozást a kézen s egyszer a hason is; az egyik esetben mélyebbek, számosabbak voltak a sipolyok, a másokban kifejezettebbek a fedett vagy fekélyes, kráteres daganatok; az egyikben az egész folyamat inkább körülírt maradt, a másokban diffúz, az egész lábra kiterjedt; az egyikben csak a lágyrészek betegek, a másokban a csontok kisebb-nagyobb része is megtámadott. A lényeg azonban mindenütt ugyanaz: csekély trauma mint megindító ok, rendkívül lassan, de egyre progrediáló s előhaladásában szöveti határt nem ismerő szövetszaporodás, a mely fistulák szétcsúszására és perifistulák heges-sarjas túltengésére vezet. A járatokból kiürülő genyes savó tartalmazza a kórképre jellemző szemcséket, az egyetlen diagnostikai tényezőt, a mely útbaigazít: a gümőkór, lepra, idült pyogen fertőzések s bizonyos trophoneurosisok hasonló klinikai képével szemben.

Ezeknek a szemcséknek mibenvolta az, a mi Carter után is vitás maradt mai napig, a mely vitában két kérdés járt mindenkor karöltve: mi a viszony a fekete és fehér varietás szemcséi közt? s hová tartoznak a megfelelő mikroorganizmusok?

Carter maga vizsgálatai folyamán háromféle szemcsét talált a különböző készítményekben: feketéket, fehéreket és teljesen átűnőket; szinteleneket — mint ő mondja, halikraszerűeket; felvette, hogy az eredeti szemese, tehát az eredeti gombafaj a fekete varietás, ebből fejlődik elfajulás, bizonyos tulajdonságainak elvesztése útján a jellegző fehér faj, míg a halikraszerű szemese az előregedő fehéreknek hyalin elfajulási terméke. Említett monographiájában általában „fungus”-nak mondja a talált egységes mikroorganizmust; 1886-ban megjelent közleményében azonban kiemeli a nagy hasonlatosságot az ő chionyphe s a sugárgomba közt s felveszi, hogy a chionyphe valamelyes actinomyces-válfa. Kanthack 1892-ben megerősíti ezt az egységes felfogást, s elfogadja a sugárgombákhoz való beosztását is, de a fejlődést illetőleg ellenkező véleményen van; szerinte az eredeti, még ki nem alakult, nem differenciált, protoplasmás alak a hyalin halikraszerű szemese; ebből lesz megüregedésekor, kifejlődésekor a jellegzetes fehér, míg a fekete az utóbbinak elfajulási terméke. Ezen felfogást látszott bizonyítani Hewlett azon észlelése, hogy ő egyazon esetben látott átmeneteket a háromféle szemese közt. Ezzel a mikroorganizmus egységes természete s actinomyces volta beigazoltnak látszott.

Ezzel szemben Bassini már 1888-ban az ő feketeszemcsés esetében a szemcsék pontos mikroszkopi vizsgálatából arra a meggyőződésre jutott, hogy a fekete faj nem actinomyces, hanem valamely ascomyceta, a mely az aspergillus, penicillium és mucor fajokkal van vonatkozásban. Viszont egy fehérszemcsés esetben



Vincent-nek sikerült a kórokozó mikroorganizmust kitenyészteni s bebizonyítani, hogy ugyan rokon az actinomyces-sel, de attól úgy mikroszkopilag, mint tenyésztésében különbözik s helyesen streptothrix madurae-nek nevezendő. Tusini (1900) s utóbb Bollinger (1904) azonban újból egy-egy olyan esetet ismertettek, melynek szemcséi — igaz csak mikroszkopilag — nem a streptothrix, hanem az actinomyces jellegzetes tulajdonait mutatták. Mindezen vizsgálatokat egybefoglalva Oppenheim 1904-ben arra a következtetésre jut, hogy a klinikai tünetek megegyezése ellenére az indiai mycetomát két lényegében különböző gombafaj okozza. A fehéret valamelyes actinomyces- illetve streptothrix-faj, a feketét pedig, a mennyire ezt szöveti készítményekben megítélni lehet, valamelyes oidium, vagy penész. Vincent 1906-ban még tovább megy s ezt a lényeges különbséget a névben is kifejezésre juttatja: a fehér varietásnak az okozója szerinte kétségtelenül kizárólag az ő streptothrix — a melyet időközben Legrain disco-mycetes madurae-nek, Blanchard pedig Nocardia Madurae-nek nevezett el — s ennek megtartja a „maladie du Madura“ nevet. A fekete faj (variété mélanique à grains truffoides) ezzel szemben egy tagolt, vaskos fonálú, pigmentet és sclerotiumokat alkotó gombának tulajdonítandó, s mycetomának nevezendő; a kórokozó mucedinea neve pedig Laveran ajánlatára: madurella mycetomi volna.

De vajon ezzel be van-e fejezve a kérdés? Vajon csak ugyan egységes-e magában véve a fehér illetve a fekete faj? másszóval a maduraláb klinikai fogalmában szükségképpen aetiológiai egysége a fehér és a fekete alak? Unna már 1900-ban azt írja, hogy az indiai mycetomának sugárgombája a szöveti leletek szerint különböző fajokat mutat. Ugyanígy nyilatkozik Raynaud s 1906-ban Nicolle és Pinoy, a kik egy tunisi fehérszemcséjű esetben a sterigmatocystis nidulans-t mutatták ki górcsővileg és tenyésztésben. A kérdés legalaposabb ismerője ez idő szerint Brumpt, a ki 1906-ban megjelent terjedelmes monographiájában a mellett szólal fel, hogy a mycetoma klinikai fogalmában ma 8 különböző aetiológiai egység olvad össze. A mellékelt táblázatban csoportosítottam Brumpt esetei kapcsán, a fenti gondolatmenetnek megfelelően az egyes fajokat; a kórkép általános megjelölésére az említett okokból a *hyphomycosis pedis* nevet ajánlom, a melynek klinikai fogalmában csak annyiban érvényesül az aetiológia, hogy kifejezésre jut az okozó mikroorganizmusnak fonalgomba természete.

Hyphomycosis	1. Trichomyceták	Harz: actinomyces Vincent: streptothrix
	2. Mucedineák	1. Indiella { a) Mansoni b) Reynieri c) somalensis 2. Madurella mycetomi
	3. Ascomyceták	1. Aspergillus Bouffard 2. Sterigmatocystis nidulans.

Ezekből tenyészteni sikerült eddig egyszer az actinomyces-t, több esetben a Vincent-féle streptothrix-et s egy esetben kifejezett penészt; ellenben nem sikerült tenyészteni s így közelebbről meghatározni egyetlen fekete fajt sem s az indiella fajok egyikét sem. Legyen szabad már most végezve a saját eseteimből levont tanulságok alapján az összeállításához néhány megjegyzést fűznöm.

Vegyük először a feketeszemcsés fajokat. A járatokban ülő szemcsék típusos alkata, a szemcséket alkotó fonalak egyöntetű szerkezete kétséget nem hagy az iránt, hogy az esetekben mind ugyanazon, a Carter ábráin is klasszikusan lerajzolt gomba fordult elő; egyetlen egy esetben találunk eltérést: Bouffard-nál abban, hogy a szemcsék nem sarjszövetbe, hanem merev, kemény hegyszövetbe vannak ágyazva s hogy a különben jellegző szemcsék mellett, illetve azokban conidioforáknak megfelelő képletek, s esomós, tömeges conidiumok, spórák találhatók. Bouffard ezen esete tehát megcáfolta azt a szabályt, hogy a szervezet szöveteiben élő penészek sporulációra képtelenek, de e mellett a szervezet részéről rendkívül élénk, gyorsan hegedésre, fibrosus betokolásra vezető reactio mutatkozott, a mely élénk ellentétben áll a többi sarjadzó, nem sporuláló esettel. Ebben a sajátos reactióban látom azt a körülményt, mely a sporulációt megindította egy mikroorganizmuson, a mely kedvező viszonyok közt ilyet nem mutat. Az én esetemben típusos fekete szemcsékből, tehát madurellából sikerült először tiszta tenyésztet nyernem. Azt reményelem már most, hogy

ezen, egyelőre a kulturákban is steril gombán sikerülni fog fokozatos áttöltésekkel, nitrogenszegény táptalajokra, esetleg oxygenszegény vagy oxygenmentes közegekben, szobahőmérsékletre áttérve, a sporulációt megindítani s ezzel a pontos systematikai meghatározáshoz eljutni. Ha pedig ez a sporulatio megfelelő lesz a Bouffard aspergillusának, a mint az a górcsővi képek összehasonlításából csaknem bizonyossággal várható, akkor a fekete fajra vonatkozólag meg lesz állapítva az egységes aetiológia.

A fehérszemcsés fajokra áttérve: a Vincent-féle streptothrix kóroktani jelentősége kétségen felül áll; úgy górcsővileg a sajátos hyalin sugaras övek, a fonalaknak finom elágazó volta, mint a tenyészeteknek jellegzetessége kétségtelen kórtani egységnek mutatják. Ugyanez áll az actinomycesről is; igaz, hogy Tusini esete a szerző saját véleménye szerint azonos a Vincent féle streptothrix-szel, a melyet csak azért nevez actinomycesnek, mert nála a streptothrix és actinomyces synonyma; igaz, hogy Bollinger esetében csakis górcsői, szöveti vizsgálat történt s ezt, a mennyire az én esetemen okulva állíthatjuk, a meghatározásra elegendőnek nem tarthatjuk. Jeanselme azonban leír s Brumpt említ egy esetet, a melynek actinomyces természete szerintük kétségen felül áll. Ha tehát a lábnak valódi actinomyces-sa ritka is s a jövőben pontosabban leírandó, a hyphomycosisok első, fehér csoportjába, a trichomyceták osztályába felveendő a streptothrix mellett a sugárgomba is. A fehér szemcsék második csoportjába soroljuk az indiella-faj által előidézett hyphomycosisokat, a melyeknek okozójáról Brumpt a következő jellemzést adja: „Az indiella fehér thallusú mucedinea, a mely parasitaként él valamennyi szövetben s ez idő szerint a szervezeten kívül nem ismeretes. Fonalai a vegetatív életben 1—10  $\mu$  vastagok, tagozottak, elágazók, pigmentet sohasem termelnek, ellenben szemcsékké egyesülnek, a melyek sclerotiumok alakjában az egyes genusokra jellemzők; a szemcsékben kisebb nagyobb mennyiségű, legtöbbször végálló chlamydosporák találhatók.“ A szemcsék alakja és nagysága szerint megkülönböztethetünk három formát a) az igen kis szemcséjű indiella Mansoni-t, a melynek egyetlen esetét a londoni kórtani múzeum őrzi; b) a nagy szemcséjű indiella Reynieri-t, a melynek egyetlen példányát Párisban ismertették s végre c) a vegyesen halikraszerű kicsiny, s conglomerált nagy szemcséket tartalmazó indiella somalensis-t; ez úgy látszik a legelterjedtebb, a mennyiben a határozottan ilyennek minősített eseteken kívül Brumpt szerint felőleli azon esetek egy részét is, a melyekből a Vincent-féle streptothrix volt kitenyészthető, a mely igen gyakran él a jellemző indiellával „symbiosisban“. A fehér faj harmadik csoportját képviseli a sterigmatocystis nidulans (Eidam), tehát a növénytanból ismert penészfaj (ascomyceta) által előidézett lábbaj, a melynek ugyancsak egy esete ismeretes Tunisból.

Az én esetem mikroszkopilag azonos az indiella Mansoni-val s így az első eset, a melynek indiella fajú mikroorganizmust sikerült kitenyészteni. Abban a meggyőződésben vagyok, hogy itt a mucedineák s az ascomyceták okozta fehér szemcsék közt ugyanaz a viszony áll fenn, mint azt a madurella fajra vonatkozólag kifejtettem: az indiella egy meddő, fructificációtól ment alakja a sterigmatocystisnek, a mely a szervezeten belül sporogen képességét többnyire elveszti. Ezen gondolatmenetből kiindulva iparkodni fogok indiella-fajomat is sporulációra szorítani, a mi nagy mértékben valószínűvé tenné a fehérszemcsés mycetomák második csoportjának egységes voltát. A leírt különbségeket ugyanis nem tarthatjuk lényegesnek. Hiszen a kórtani folyamatok általában mindenkor két tényező eredői s valamely kifejlődött, adott esetben a kép mineműsége mindenkor a beható mikroorganizmus élettulajdonságaitól s a szervezet reactióképességétől függ. A bejutott csír módosítja a szervezet alkatát, de a szervezet reactiójában módosul, ahhoz alkalmazkodik s külső alakját ahhoz szabja a parazita is. További érdekes kérdést vet fel a kulturákban észlelt azon tény, hogy a gomba assimilációs folyamata a festékképzés, tehát úgy látszik tisztán szerzett képesség s így elvi különbséget alig tehet a fehér és fekete faj közt.

\* \* \*

Kedves kötelességem főnököm, Réczey tanár ö méltóságának hálásan megköszönni, hogy az érdekes eseteket átengedni s a vizsgálatokban támogatni szíves volt.



Közlés az I. számú belorvostani klinikáról. Igazgató:  
Korányi Frigyes, egyetemi tanár.

### A klinikai és kórboneczolástani diagnosis.

Irta: Királyfi Géza dr., klinikai gyakornok.

(Folytatás.)

A vérkeringési szervek klinikájában szintén a lobos folyamatok játszzák a főszerepet. A regressiv elváltozások közül a myocardiumban a parenchymás és zsíros degeneratio kisebb-nagyobb mértékben rendszerint kíséri a billentyűkön lejátszódó lobos folyamatokat. Szorosan kórboneczolástani szempontból a vitiumok tárgyalásakor épen ezért különbséget kell tennünk a myodegeneratio cordis és az endocarditis által létrehozott tünetek között. A degenerativ állapot megítélésére szolgál a pulsus minősége, a pangásos jelenségek a májban, vesében, tüdőben, gyomorbélhuzamban, továbbá az általános hydrops tünetei, a bőr alatti kötőszövetben és a savós ürökben. A lobos, endocardialis elváltozások megítélésére szolgálnak a szívnek magának percussió és auscultációs viszonyai.

A degeneratio jelenlétét kifejezett esetben könnyen megállapíthatjuk. Nagyfokú arhythmiáknál, általános hydropsok mellett a szív izomzatának elfajulásos állapota legtöbbször a boneczolástalon nyilvánvalóan ki fog derülni. De tagadhatatlan, a mire egyébként már az általános rész tárgyalásakor is hivatkoztam, hogy a klinikus sok esetben a szívgyengeség határozott tüneteivel áll szemben, a melyhez még esetleg kisebb-nagyobb fokú szív-arhythmia is társul, a nélkül, hogy post mortem a szív izomzatának valamely nagyobb fokú elfajulásos állapota kideríthető volna.

Az endocarditis okozta elváltozások egyszerűbb eseteiben, a midőn a kötőszövetes megvastagodások, összenövések, zsugorodások csupán egy ostiumra szorítkoznak, a pontos kórboneczolástani körjelzés eléggé jól megközelíthető. Legpraegnansabbak úgy a klinikai tünetek, mint a kórboneczolástani elváltozások az aortabillentyűk bántalmaiban, és pedig kifejezettebben az insufficiencia, mint a stenosis aortaeenek tiszta eseteiben. Azután következnek a bal vivőeresz szájadéka, a melynek tiszta eseteiben viszont a szűkülete az, a mely charakteristikus klinikai jelei által elég biztos kórboneczolástani diagnosist enged meg. Már az insufficiencia ostii venosi sinistri tiszta, nem komplikált eseteinek megítélésében sokkal nagyobb körültekintéssel kell eljárunk, mert épen itt van a klinikai tévedéseknek nagy területe. Itt van a functionális, anaemiás, accidentális zörejeknek a birodalma, itt hallhatók leginkább a muscularis insufficiencia által létrehozott zörejek, a melyek kórboneczolástani billentyű-elváltozás nélkül keletkeznek és a legnagyobb körültekintés mellett is adandó alkalommal téves diagnosiskra vezethetnek.

A kombinált szívbetegségek kórboneczolástani diagnosis pontosága szenved oly mértékben, a mennyire már klinice is bizonyos fokig nehezkesebb és nagyobb eséllyel jár az egyidejűleg több ostium felett hallható zörejek keletkezési helyének, az eredési helyről való tovavezetésnek biztos megítélése. A különböző szív-szakaszok pathologiai-anatomiai elváltozásai, a melyek a szív functiobeli változásának a következményei és a szív munkabírásával állanak összefüggésben, a tágulás és túltengés szempontjából módosulnak. A kombinált szívbetegségek eseteiben épen a fennforgó nehézségek miatt a pontosabb kórboneczolástani körjelzés nagyobbára csupán a compensatio stadiumában vihető keresztül.

A myocardium chronikus gyuladása okozta jelenségek általában a szívizom degeneratioja által létrehozott tünetekkel megegyeznek. Egyébként is a két folyamat között teljesen éles elkülönítés kórboneczolástani szempontból sem igen tehető. A mint myocarditis eseteiben elfajulásos jelenségek a szívizom sejtjeiben nem hiányoznak, ép úgy degeneratio esetén is mérsékeltebb gömbsejtes beszűrődés, tehát lobra jellegző szöveti elváltozás előfordul.

A pericardium lobjában, úgy, a mint azt a pleura gyuladásában is láttuk, ismét megközelítő pontossággal teljes kórboneczolástani diagnosist tudunk felállítani sok esetben a punctio segítségével.

Az érrendszer elváltozásai sorában az arteriosclerosis sokszor már a peripheriás arteriák tapintási viszonyaiból is megítélhető. Ámbar elég gyakori tapasztalat a boneczolástalon, hogy nagyfokú peripheriás érrendszerbeli elváltozások mellett az aorta

és a nagyobb arteriák szabadon maradnak, és viszont, az aorta néha igen kemény, sklerosisos csővé alakulhat át, noha a periferiás erek intimája egészen sima, tükröző.

Az emésztő tractus betegségeiben a klinikai pathologia mai irányzata mellett a functionális diagnostikának sokkal nagyobb szerep jut, mint a kórboneczolástani körjelzésnek. Általában véve azon szerveknél, a melyeknek elválasztó, vagy mint később a vesénél látni fogjuk, kiválasztó működésük van, épen a secretio különböző irányú viszonyai azok, a melyek körjelzésünkre döntő befolyással lesznek. A gyomor vagy bél működési elégtelenségének kimondása, bármily irányú működésre vonatkozzék is, már elégséges nekünk, hogy klinikai gondolkodásunk irányát megszabja és a kórboneczolástani elváltozás, a mely igen sokszor, a legkülönbözőbb esetekben is, klinice ugyanazon működésbeli kieséssel vagy változással jár, ilyen esetekben csak másodrendű kérdés gyanánt szerepel.

Míg az eddig tárgyaltakban kórboneczolástani szempontból inkább a lobos folyamatok játszottak főszerepet, addig a gyomor és bél megbetegedéseiben leginkább a daganatok, a rossztermészetű tumorkok, még pedig a carcinomák azok, a melyek klinice és a boneczolástalon leggyakrabban előfordulnak. Sajnos azonban, a helyes kórboneczolástani diagnosist, a mely pedig ilyen esetben elhatározásunkra a gyökerező therapia szempontjából döntő befolyással volna, épen a gyomor- és béltumorkban legtöbbször csak olyankor tudjuk felállítani, a midőn a kórfolyamat már többé-kevésbé előrehaladt szakba jutott; a midőn a hámburjánzás már oly nagy fokú, hogy vagy a tumor a tapintó kéznek hozzáférhető, vagy a következményes működésbeli eltérések már oly jelentékesek, hogy magukban is a carcinoma felé irányítják körjelzésünket.

A kezdetleges atypusos hámburjánzások megítélésére azonban semmiféle támpontunk sincsen. A kórboneczolástani diagnosis felállítása ilyenkor, a midőn az elválasztó mirigyeknek csak kis területe pusztult el, nem áll módunkban. Ezek azon esetek, a mikor a gyomor és bél hurutos állapotára valló bizonytalan panaszok, minden kezeléssel daczoiva, hosszú ideig fennállanak.

A gyomor megbetegedései között még egy kórfolyamat szerepel, a melynél szintén kórboneczolástani irányú körismét vagyunk képesek sokszor felállítani és pedig a kerek gyomorfekély, az ulcus rotundum ventriculi. Kifejezett esetekben annyira jellegző tünetekkel jelentkezik, hogy a kórisme elég könnyűséggel tehető meg. Csupán a fekély nagyságára, mélységére és localisatiojára nézve fog kórboneczolástani diagnosisunk sok esetben tökéletlen maradni. A folyamat chronicitásával arányban szenved a kórboneczolástani megítélés biztonsága is.

A bélhuzam fekélyes folyamatainál az ulcus ventriculivel analog ulcus duodenin kívül még az aetiologiai momentumoknak egész csoportja szerepel, a melyek a kórboneczolástani kórisme felállításánál mindig pontosan mérlegelendőek.

A bélszűkületek, bélezáródások sorában pathologiai-anatomiai szempontból csak a mechanikus ileus jöhet szóba, mert a másik, a dynamikai vagy paralytikus ileus anatomiai akadály nélkül hozza létre a bél passagezavarát. A mechanikus ileus eseteiben pedig nemcsak a kórboneczolástani diagnosis, de a prognosis és therapia szempontjából is igen fontos különbséget tennünk, vajjon egyszerű oclusiós ileus, vagy a circulatio jelentékeny zavarával járó strangulatiós ileussal van-e adott esetben dolgunk.

A bélhuzam kapcsán néhány szóval megemlékezünk a peritoneum megbetegedéseiről, a melyek nagyobbára szintén tisztán a lob, a gyuladás keretében folynak le és eléggé határozott kórboneczolástani diagnosist engednek meg, úgy mint a savós hárták megbetegedései általában.

A bél és hashártya körülirt gyuladása sorában legfontosabb az appendicitis. Ismét egy pont, a hol a tapasztalat a klinikai és kórboneczolástani diagnosis gyakori collisioját mutatja. Igen gyakran látjuk, hogy az appendicitis leghevesebb klinikai tünetei mellett maga a féregnyúlvány, esetleg postoperative, csak igen csekély kórboneczolástani elváltozásokat mutat. Máskor viszont igen súlyos anatomiai laesiók foroghatnak fenn, a nélkül, hogy erre a klinikai tünetek kellőleg figyelmeztetnének, vagy pedig a klinikai tünetek csak akkor jelentkeznek, a midőn már helyrehozhatatlan boneczolástani laesiókkal állunk szemben. Az egyszerű



gömbsejtes beszűrődéstől a gangraenás perforatioig a legkülönbözőbb alakja állhat fenn a processus vermiformis bonczolástani elváltozásának, a melyet tisztán a klinikai képből magyarázni nem tudnánk. A féregnyúlványnak már physiologián is különböző hossza és elhelyeződése csak növeli a nehézségeket.

A *húgyelválasztó szervek* megbetegedéseinek kórismézésekor az újabb irányzat szintén a functionális diagnostika elvét vallja. Lehet, hogy jogosan, különösen a klinikai gyakorlati célokat szem előtt tartva, midőn sokszor épen a veseinsufficiencia foka az, mely adott esetben prognosiskra döntő befolyással lesz. Persze, hogy a veseinsufficiencia, a mely a vese excretumának, a vizeletnek viselkedésében jut kifejezésre, minő pathologiai-anatomiai laesio által van feltételezve, ez a tisztán functionális diagnosis mellett — a melyet manapság talán nagyon is egyoldalú túlzásba visznek — teljesen másodrendű kérdéssé degradálódik. Egyrészt mert a legkülönbözőbb kórbonczolástani elváltozások ugyanolyan működésbeli kiesést, ugyanolyan fokú functionális elégtelenséget eredményezhetnek, másrészt mert klinice néha functionális elégtelenség jelei állhatnak fenn, a nélkül, hogy post mortem szöveti elváltozást tudnánk kimutatni, és viszont, fennálló, de mindenesetre csak körülírt szöveti elváltozások ellenére az egész szervnek a működése néha nagyobb zavart nem szenved. Természetesen tudományos klinikai szempontból azért a veseelégtelenség megállapítása diagnosiskat mégsem elégítheti ki; hisz épen a vesemegbetegedések élénk példái annak, hogy ez a tisztán gyakorlati célokat szem előtt tartó diagnosis a kórbonczolástani elváltozások helyes megítélésére mily kevésbé értékesíthető. A veseelégtelenség fogalma sokszor a pathológiának összes nagyobb fejezetei alá tartozó kórfolyamatokat leplezhet, kezdve a vérkeringési zavarokon, a regressiv folyamatok és a gyulladások át az infectiosus granulomák és a daganatok csoportjáig. Ime, albuminuriát találhatunk a cylindruria kisebb-nagyobb fokával a passiv vérbőségben, a pangásos vesében ép úgy, mint a parenchymás, a zsíros, az amyloid degeneratio eseteiben, hasonlóképpen a vese lobos bántalmaiban, a nephritisben, továbbá a vese gümös megbetegedésében, és végül a veseállományban ülő daganatokban is. Természetesen ismert dolog, hogy az albuminuria és cylindruria mellett a vizeletnek egyéb mikroszkopos, de főképp physikai és chemiai tulajdonságai azok, számba véve az összeszervezetre gyakorolt befolyásnak nyilvánulásmódjait, a melyek kórisménket egyik-másik irányban eldöntik. De kétségtelen, hogy a különbségek nem minden esetben élesek, és a mint már szintén az általános rész tárgyalásakor láttuk, ilyenkor, a midőn a határok egyik-másik irányban elmosódnak, eltolódnak, tisztán a functionális kórjelzés révén a kórbonczolástani elváltozások megítélésében jelentékeny tévedéseknek lehetünk kitéve.

A vesedegeneratiós állapotai és gyulladásai között éles határ nem vonható. Mert a vesének nem genyes eredetű gyulladásában szintén épen a parenchymának degenerativ állapotai azok, melyek a kórbonczolástani képből is lényeges szerepet játszanak. A különböző regressiv folyamatok közül a vesében leginkább a parenchymás, zsíros és amyloid degeneratio jöhet szóba; klinikai különbséget tennünk közöttük nem igen áll módunkban.

A nem genyes vesegyulladásokban klinice jóformán csak arra szorítkozhatunk, hogy az acut és chronikus nephritisek között határt szabjunk. A különböző nephritiseknek pontos beosztása azonban nemcsak klinikai, de kórbonczolástani szempontból is nagy nehézségekbe ütközik, mert a különböző átmeneti és vegyes alakok bármely beosztás mellett is előfordulhatnak. Azon legáltalánosabban elfogadott kórbonczolástani beosztás, a mely chronikus parenchymás és chronikus interstitiális nephritist különböztet meg, a chronikus parenchymás vesegyulladásnak hypertrophiás és atrophias stadiumaival és ezekben is a nagy fehér és a nagy tarka, meg a kis fehér és a kis tarka vese distinctiojával, ilyen szoros kórbonczolástani beosztás a betegség mellett a tapasztalatok szerint egyáltalában keresztül nem vihető. Ezekhez járul még a chronikus nephritisekhez néha csatlakozó amyloid elfajulás, a melyre semmiféle biztos klinikai criteriumunk nincsen, továbbá az arteriosclerosis zsugorvese, a melyet a primaer zsugorvesétől nem mindig lehet teljes biztossággal elkülöníteni.

Sőt nemcsak a Bright-kórban, de a vesének genyes eredetű gyulladásában, a nephritis aposthemosában is, a kórbonczolás-

tani diagnosis felállítása sokszor nehézségekbe ütközik. A metastasisos kis vesetályogok, esetleg a kéregállományban elhelyezkedve és a húgyelvezető csatornákkal közlekedésbe nem jutva, igen gyakran tünet nélkül folynak le. A nagyobb tályogok a lokális és általános jelenségekből, valamint a vizelet viselkedéséből többé-kevésbé felismerhetők.

A vese infectiosus granulomái közül legfontosabb a tuberculosis. A kórbonczolástani diagnosist teljes biztossággal csakis a bacillusnak, egyéb savállóktól való elkülönítése mellett, a vizeletben a góreső vagy az állatoltás útján történt kimutatásával tudjuk biztosítani. A vesetuberculosis kórbonczolástani megjelenési alakjai közül természetesen a miliaris gőbeséknak, a melyek rendszerint általános miliaris tuberculosis részjelenségei, klinikai jelentőségük nincsen. A vesebajok klinikájában a sajtos beszűrődéssel járó tuberculosis szoktunk találkozni, a mely kisebb-nagyobb sajtos góczok képződésével, kifehélyesedéssel, lágyulással, széteséssel jár és végeredményben a phthisis renalisra vezet.

A vese daganatai között carcinomák és sarkomák szoktak leginkább szerepelni. A kórbonczolástani diagnosis, mint azt már előbb a gyomor és bél daganatainál is láttuk, rendszerint csak a bajnak többé-kevésbé előhaladott állapotában lesz lehetséges. A vesének cystás daganatai, különösen pedig a degeneratio cystica által okozott vesetumorkok eseteiben intra vitam kórbonczolástani kórismét felállítani legtöbbször egyáltalában nem sikerül.

A vesének egy másik megbetegedési alakjában, a nephrolithiasisban, a pathologiai-anatomiai diagnosis szintén gyakran csupán a valószínűséget érheti el. A míg az eltávozott követ, illetve concrementumot nem látjuk, vagy újabban a Röntgen-vizsgálattal a vesemedencében ülő követ kimutatni nem tudjuk, addig kórisménk, ha a tünetek kedvező összejárása esetén a valószínűségnek igen nagy fokára emelkedik is, a teljes kórbonczolástani bizonyosságot el nem érheti.

Az alsó húgyutak, az ureter, a hólyag, a húgyeső bántalmai nagyobbára tisztán a gyulladás keretében folynak le és egészen biztos kórbonczolástani kórjelzést engednek meg. A hólyagban még a daganatok kerülnek szóba. A jóindulatú papilloma és a malignus papillaris carcinoma között, a mely alakban a rák a hólyagban gyakran szokott jelentkezni, a kórbonczolástani differentia diagnosis csakis góreső útján eszközölhető.

(Vége következik.)

## T Á R C Z A.

### Beszámoló a XIII. szünidei orvosi cursusról.

A budapesti kir. magyar tudomány-egyetem orvosi karának előadói 1907 december hó 21.-én tartották meg értekezletüket, melyen a XIII. szünidei orvosi cursus vezetősége beszámolt működéséről. Az elnöki megnyitót és a titkári jelentést a következőkben adjuk:

#### 1. *Korányi Sándor* elnök megnyitója.

Igen tisztelt értekezlet! Folyó év május 26.-ától június 8.-áig megtartottuk XIII. szünidei orvosi cursusunkat. Menetéről a titkár úr fog beszámolni. Jelentését csak rövid néhány szóval akarom bevezetni. A mint a jelentésből meg fognak győződni, idei cursusunk sikere nem maradt el az előbbieké mögött. Előadóink önzetlen munkakedve a régi maradt. Cursusunk látogatóinak száma az utolsó években elért látogatottságnak felelt meg. Az előbbi cursusok színvonalát emelő, kiváló szakemberek által különösen fontos tárgyakról tartott egyes előadásokat idei cursusunkon a magyar sebészársaság első congressusának első nagygyűlése helyettesítette, a melynek elnöksége cursusunk hallgatóit meghívta. Kétly Károly tagtársunknak az előadói testület által elfogadott indítványát megvalósítva, sikerült elérnünk, hogy egyetemi intézeteink teljesen megnyitak a cursuson résztvevő orvosok számára, és közülük azok, a kik egy tárggyal óhajtottak behatóbban foglalkozni, napjuk nagy részét kívánságuk szerint és nagy haszonnal tölthették el. Kétségtelen, hogy ez az intézkedés nagyban hozzájárult ahhoz, hogy intézményünk a tanítás gyakorlatiassága irányában fejlődjék. Nagyon örvendetes esemény a szünidei orvosi cursusok történetében, hogy az idén a kolozsvári



egyetem orvosi karának előadói is csatlakoztak hozzánk és megtartották első cursusukat. Úgy mint eddig, némi külső támogatásban is volt részünk. Közoktatásügyi kormányzatunk 1000 koronával járult költségeinkhez. A kereskedelmi minister úr rendelkezésünkre boesátott mérsékelt árú vasúti menetjegyeket és a belügyi kormányzat az idén is megszokott erkölcsi támogatásban részesített.

Ezek azok a külső körülmények, a melyek közt cursusunk lefolyt, és ha alkalmasak is arra, hogy szerénységhez szoktatott igényeinket kielégítsék, nem állhatom meg, hogy pár szóval kritikát ne gyakoroljak cursusaink felett, hiszen a kritika a fejlődés legfontosabb tényezője.

Intézményünk csak hiányosan felelhet meg azoknak a követelményeknek, a melyek hozzáfűzhetők, mert két hét alatt pótolni az orvos ismereteinek hiányait, közölni vele tudományunk haladását, újabb eredményeit, nem lehet. Ezt előadónk és hallgatóink egyformán érzik. Érzik azt a mindig újra hangoztatott igazságot, hogy tulajdonképpen kétféle cursusra volna szükség. Két hétig tartott előadásokkal elérhető volna, hogy jól képezett orvosok időről időre a tudomány haladása felől értesüljenek. Ezeken kívül azonban hosszabb ideig tartó cursusokra volna szükség, a melyeken azok, a kik az általános gyakorlattal foglalkozva, egyik vagy másik szakban gyengének érzik magukat, csak egy-két tárggyal, foglalkozhatnak, de ezekkel aztán behatóan. Kétly Károly tagtárs úr indítványa, a melynek folytán hallgatóink egy-egy intézetbe iratkozhatnak be, az első lépés e cél elérésére, de az igazi eléréséhez csak a további fejlődés vezethet. Ennek a fejlődésnek okvetlen oda kell vezetnie, hogy az idő, a melyet a résztvevők egy-egy intézetben töltenek, hosszabb legyen és az egyetemi intézetek nagy munkaidejére essék. Ha orvosaink a tanév közben négy vagy hat hetet töltenének egy-egy klinikán, a gyakornokok módjára foglalkozva, résztvéve a klinikák belső életében, akkor orvosaink kiképzésében nagy lépést tennék előre. Ennek feltétele az volna, hogy ezek a cursusok a két heti előadási cyklustól elváljanak. Talán korai kísérlet volna, ha már most hozzáfognánk a gondolat megvalósításához. Gyakorló orvos ilyen korai időben gyakorlatát a mai viszonyok közt alig szakíthatja meg. Ez csak úgy képzelhető, ha ilyen megszakítást a hivatalosan alkalmazott orvosoktól időnként megkivánnák és különösen, ha a megszakítás ideje alatt anyagilag támogatják őket. A míg erre nézve intézkedések nem történnek, meg kell maradnunk a mai rendszer mellett, bármennyire is érezzük az elégtelenségét. De rendszerünk nemcsak azért elégtelen, mert egyes tárgyakból az alapképzésre csak hiányosan nyújt alkalmat. Elégtelen különösen azért, mert az igazán szegény kártárs számára még az a kevés is elérhetetlen, a mit neki nyújthatunk, pedig a dolog természetében rejlik, hogy a nagyon szűk viszonyok közt élő orvos tudása szorult leginkább pótlásra. Ennek lehetővé tételére évről évre kérjük a belügyi kormányzat segítségét és nagy következetességgel évről évre megkapjuk az erkölcsi támogatását. A támogatás abból áll, hogy cursusainkat a törvényhatóságok figyelmébe ajánlja, a minek az az eredménye, hogy hol az egyik, hol a másik helyről az országnak felküldenek egy-két cursistát, a ki anyagi segélyben részesül. 25 évi fennállás után elértük, hogy az utolsó cursusnak talán négy vagy öt ilyen résztvevője volt. E nagy elismerésre méltó kivételek nem változtatnak azon, hogy a dologban nincs rendszer és rendszer nélkül igazi haladás e téren nem remélhető. Hogy mikor sikerül az illetékesek érdeklődését ügyünk iránt annyira felkölteni, hogy igazi felvirágoztatása lehetővé váljék, nem tudom. Addig, míg ez bekövetkezik, a rendelkezésünkre álló egyedüli mód a kivételek szaporítása és ennek módja a személyes összeköttetés. Azért hoztam fel ezt a kérdést, mert kéréssel akartam Önökhöz fordulni. Mint orvosok egyikük-másikuk összeköttetésben áll befolyásos megyei hivatalnokokkal, nagy gyárak tulajdonosaival, nagybirtokosokkal stb. Ha mindnyáján hozzálatunk ahhoz, hogy ezek közbenjárását kieszközölve szaporodjék azon hivatalos állásban levő, azon gyári és uradalmi orvosok száma, a kik napidíjat kapva, cursusainkra jönnek, legalább bizonyos fokig elérhetjük azt, a minek megvalósítása a társadalomnak és a belügyi kormányzatnak feladata és érdeke volna. E kéréssel fejezem be szavaimat és felkérem a titkár urat, szíveskedjék jelentését előterjeszteni.

## 2. Illyés Géza titkár jelentése.

Tisztelt értekezlet! A XIII. szünidei orvosi cursusról a következőkben van szerencsém beszámolni: A cursus május 26.-ától június 8.-áig, vagyis tizenhárom napon át tartott. A hallgatók beiratási díjképen, úgy mint eddig, fizettek 20 koronát, egyébként a cursus ingyenes volt. A szünidei cursus előadójának 1906 december 15.-én tartott értekezletén Kétly Károly tanár úr indítványára elfogadták, hogy: „a jövő ügyvezetőség lépjen érintkezésbe az egyetemi tanárok összességével és kérje fel, hogy a szünidei orvosi cursus ideje alatt az összes egyetemi klinikák és intézetek, azok is, a hol hirdetett előadások nem folynak, álljanak nyitva a cursus hallgatói számára.” Ezen határozatnak megfelelőleg kérdést intéztünk az egyes klinikák és intézetek igazgatóihoz, hogy hajlandók-e a cursus hallgatóit a vezetésük alatt álló intézetben foglalkoztatni, ha igen, megjelölni a résztvevők azon legkisebb számát, melyhez beleegyezésüket adják, és azon legnagyobb számot, melyet elfogadnak. Végül az intézetben való foglalkoztatást délelőtt, délután vagy egész napon át kívánják-e. Ezen kérdéseinkre a felszólítottak legnagyobb része késznek nyilatkozott kérésünk teljesítésére.

Ezenkívül, úgy mint eddig, az idén is, előadókat kértünk fel a főtárgyak és a speciális tárgyak tanítására. A cursust e szerint úgy osztottuk be, hogy a beiratkozott hallgató jelentkezik vagy valamelyik intézetbe, vagy az előadásokra. Azon intézetek hallgatói, a kik nincsenek egész napon át az intézetben elfoglalva, azon előadásokra is jelentkezhetnek, melyek az intézet munkaidejével nem esnek egybe. Csak egy intézetbe lehet beiratkozni. A főtárgyak, melyeket délelőtt 8—11-ig adnak elő, valamennyi hallgató számára kötelezők, kik az előadásokra jelentkeztek; a többi speciális tárgyra tetszés szerint jelentkezhetnek. Ezen beosztás szerint a jelentkezők a következő intézetekben következőképpen oszlottak meg: I. belklinikára 2 hallgató, I. seb-klinikára 3 hallgató, II. seb-klinikára 5 hallgató, I. nőbetegklinikára 14 hallgató, II. nőbetegklinikára 3 hallgató, idegklinikára 1 hallgató, szemklinikára 1 hallgató, elmekórtani klinikára 1 hallgató, gyermek-orvostani klinikára 4 hallgató, bőrbetegklinikára 9 hallgató, műtét-tani intézet 5 hallgató, bakteriologiai intézet 1 hallgató.

A cursisták többi része az előadásokat hallgatta, a hol a főtárgyakat előadták: belorvostan Kétly Károly és Kétly László, sebészet Réczey Imre és Kuzmik Pál, szülészeti és nőorvostan Bárony János, szemészet Grósz Emil és Blaskovics László ny. r., ny. rk. és magántanárok; speciális tárgyakat a következők adták elő: Baumgarten Egmont, Eröss Gyula, Feleki Hugó, Gerlóczy Zsigmond, Haberern J. Pál, Havas Adolf, Irsai Arthur, Krepuska Géza, Lichtenberg Kornél, Moravesik Ernő, Ónodi Adolf, Rottmann Ármán, Schaffer Károly, Török Lajos, Vámosy Zoltán és Vas Bernát egyetemi tanárok és magántanárok. A klinikákra beiratkozott hallgatók résztvettek az intézeti ambulanciában, a fekvőbeteg-anyag észlelésében, megismerkedtek a klinikán szokásos diagnosztikai és therapiái eljárásokkal és azokat a lehetőségig maguk is gyakorolták. Ugyanígy lettek foglalkoztatva az elméleti intézetekben is, úgy, hogy ezen rendszer nagyon hasznosnak és tanulságosnak bizonyult, mert a hallgatók az általuk választott és nekik szükséges tárgyakkal sokkal behatóbban és gyakorolva foglalkozhattak. A cursuson összesen 83 hallgató vett részt, közülük 4 budapesti, a többi vidéki orvos. Hálával és köszönettel kell megemlékeznünk a vallás- és közoktatásügyi minister úrnak arról az ezer koronányi segélyéről, a melyben cursusunkat ez idén is részesítette s a mely összeget a cursus céljaira használtuk fel. A belügyminister úr ez évben is erkölcsileg támogatta cursusunkat, a mennyiben a törvényhatóságoknak pártolólág figyelmébe ajánlotta. A kereskedelmi minister úr a cursusra utazó vidéki orvosokat kérelmünkre vasúti kedvezményben részesítette. Fogadják érte hálás köszönetünket.

Ugyancsak köszönettel tartozunk az egyetemi tanácsnak a klinikák helyiségeinek és beteganyagának áttengedéseért, a városi közkórházak igazgatóságának s a poliklinika vezetőségének kórházai helyiségeinek és beteganyagának áttengedéseért, valamint az orvos-club elnökségének, hogy helyiségeit a cursus hallgatói számára nyitva tartotta, de legfőképpen a klinikák és intézetek vezetőinek és a cursus előadójának, kik a tanév végén fáradságot



nem kimélve vettek részt a cursus ezéjút szolgáló orvosi továbbképzés munkájában.

Pénztári jelentésemet a következőkben tehetem meg:

Tartalékalap a múlt évről . . . . .	947 K 86 fill.
Kolozsvári cursus hozzájárulása . . . . .	137 " 42 "
A vallás- és közoktatásügyi minister subventioja . . . . .	1000 " — "
A szünidei orvosi cursus 83 hallgatójának beíratási díja á 20 kor. . . . .	1660 " — "
Összes bevétel . . . . .	3745 K 28 fill.

Kiadás: a XIII. szünidei orvosi cursus rendezési költségei . . . . .	1663 K 66 fill.
Marad . . . . .	2081 K 62 fill.

Végül kedves kötelességemnek tartom az igen tisztelt értekezletnek belém helyezett bizalmáért s igen tisztelt elnökünknek jóakarati szíves támogatásáért és böles tanácsaiért hálás köszönetemet kifejezni.

Illyés Géza dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

F. de Quervain: *Specielle chirurgische Diagnostik*. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1907. 607 oldal, 245 ábra. Ára 17 márka.

Az utolsó időben nagyobb számban megjelent sebészeti diagnostikák között határozottan a legelső helyen említendő Kocher sok évi tanársegédének, F. de Quervain-nak most megjelent kiváló könyve. Albert klasszikus és közismert sebészeti diagnostikája óta nem jelent meg hasonló tárgyú könyv, mely a tünetsoportokat oly híven jellemezte volna, mely oly logikus sorrendben, a deductio elvét követve varázsolta volna az olvasó elé az egyes betegségek típusos képét, s melynek irálya annyira megkapó, annyira élvezetes volna. Mindezek oly tulajdonságok, melyek tudományos munkákban igen ritkán találhatók együtt. De a tanítvány nem tagadta meg mesterét, a könyv lapjait forgatva, szinte hallani véljük Kocher egyszerű, szigorú logika jellemezte előadását, midőn a legszövdményesebb kóreset egyes tüneteit összetéve, hallgatóságát a biztos diagnosis útjára tereli.

A könyv a gyakorló orvos és orvostanhallgató ezéjút és körülményeit veszi első sorban tekintetbe s a lehető legegyszerűbb viszonyok közötti működést veszi számba, de azért a bakteriologiai, szövettani és radiographiai vizsgálódás eredményei is teljes méltatást nyernek, a mennyiben ezek, de főleg az utóbbi (Röntgen-féle képek olvasása), ma már kell hogy általános orvosi közkinés legyen. Különösen beható méltatást leltek: az agyvelő sérülései és megbetegedései, valamint az agylocalisatio, a nyaki daganatok, a hasúri fájálmak és daganatok, a sérvek, a hátgerinczsérülések, a törések és ficzomodások. Az egyes tüneteket szép kiviteli ábrák és kiválóan jól sikerült radigrammok, valamint az életből vett esetek felsorolása rögzítik elménkben. A könyvet nem csak a gyakorló orvos, de a tapasztalt specialista is tanulsággal fogja kezéből letenni.

Lobmayer Géza.

Ueber die Gehirne von Th. Mommsen Historiker, R. W. Bunsen Chemiker und Ad. v. Menzel Maler. Von D. v. Hansemann. Stuttgart, E. Schweizerbart'sche Verlagsbuchhandlung. 1907. 18 negyedrép lap és 6 tábla. Ára 6 márka.

Mommsen agyvelőjének súlya 1425, Bunsené 1295, Menzelé 1298 gm. volt. Az első közepes súly, az utóbbi kettőé öregkori agyatrophia következtében az átlag alatt álló. Mommsen agyvelőjében a homloki és nyakszirtelebenyek fejlettek. A parietális lebenyek gazdagon tagoltak, a nélkül, hogy ez valami rendkívüli volna. A bal praecuneus fejlett. Bunsen agyvelőjében a bal homlok és fali lebenyek tagoltabbak, mint a jobbon. Jelentékenyen tagoltak a parietális gyrusok. Menzel agyvelője asymmetriás, a jobb fél súlyosabb. Az egész agyvelőben nagyon sok és kicsiny gyrus van, a barázdák mélyek. A jobb agyvelőfélen mindez kifejezettebb, mint a balon. Ennek megfelel, hogy Menzel balog volt és csak később gyakorolta be a jobb kezét. A szerző ezen

felvilágosításoknál többet várna olyan egyének vizsgálatától, a kik egészben közepes tehetségűek, és csak egy képességükben kitűnők.

Kollarits Jenő dr.

Zur Kenntniss der Variabilität und Vererbung am Zentralnervensystem des Menschen und einiger Säugetiere. Von Dr. J. P. Karplus. Leipzig und Wien. Franz Deuticke, 1907. 162 lap és 6 tábla. Ára 12 korona.

Karplus 20 családban 2—2, 5 családban 3—3, 1 családban 5 tag középponti idegrendszerét vizsgálta és több állatfajban az anya és a kölyök agyvelőjét hasonlította össze egymással. A nagyon kiterjedt megfigyelések eredményeiből a következőket emeljük ki. Egy család tagjainak agyvelőjén bizonyos családi hasonlatosság van. Az agyvelőtekervények alakja és változatai öröklődnek. A macacus-családokban ilyen hasonlatosságok csak kivételesen voltak kivehetők. Ezen állatok két agyvelőfele egymás közt mondhatni azonos. Ebből azt lehet következtetni, hogy a fejlődés bizonyos fokán támadó, a két agyvelőfélen különböző differenciálódáskor a létesülő tekervényváltozatok öröklődnek. A kutyán és a macskán, a mely a maga fajsoportjának élén áll, szintén családilag hasonlatos agyvelőket lehet találni. Egyöntetű különbség a nem szerint nem volt megállapítható. Általában a phylogenetikailag fiatalabb részekben sokkal nagyobb a változatosság és ezekben kisebb az öröklékenység, míg a phylogenetikailag régebbi részekben kevesebb a variatio és kifejezettebb a családi hasonlatosság.

Kollarits Jenő dr.

Új könyvek. II. Rieder: *Physikalische Therapie der Erkrankungen der Respirationsorgane*. Stuttgart, F. Enke. 3 m. — A. Strasser: *Physikalische Therapie der Krankheiten der Niere und Harnwege*. Stuttgart, F. Enke. 2 m. — O. Kneise: *Handatlas der Cystoskopie*. Halle a. S., Gebauer-Schwetschke. 25 m. — W. Stoeckel: *Atlas der gynäkologischen Cystoskopie*. Berlin, A. Hirschwald. 12 m. — W. Berg: *Die Fehlergrösse bei den histologischen Methoden*. Berlin, A. Hirschwald. 1.20 m. — F. Blumenthal: *Die chemischen Vorgänge bei der Krebskrankheit*. Wiesbaden, J. F. Bergmann. — Dieudonné: *Die bakteriellen Nahrungsmittelvergiftungen*. Würzburg, A. Stuber. 1.70 m. — Finkler: *Über den Einfluss der Ernährung auf die Milchsekretion*. Bonn, M. Hager. 2 m. — A. Bing: *Ohrenheilkunde*. Zweite Auflage. Wien, W. Braumüller. 4.80 K. — A. Mairet: *La jalousie. Étude psycho-physiologique, clinique et médico-légale*. Montpellier, Coulet et fils. 4 fr. — P. Soubeiran et P. Ardin-Delteil: *Petit chirurgie et pratiques spéciales courantes*. Montpellier, Coulet et fils. 9 fr.

### Lapszemle.

#### Gyógyszertan.

Veronal okozta bőrkiütés több esetét írja le Wolters tanár (Rostock). Tapasztalatai alapján oda következtet, hogy egyszerű diffus és foltos bőrpirosságon, valamint kanyaró- és vörhenyszerű kiütésen kívül csomócskák képződésével járó urticariaszerű eruptiókat is okozhat a veronal. A veronal okozta kiütésekre jellemző, hogy rendkívül erősen viszketnek és hogy — legalább részben — hámlással gyógyulnak. A szerző nem akarja a veronalnak, mint jó és aránylag ártalmatlan altatószernek értékét lebecsülni, annál kevésbé, mert Frenkel szerint kiváló görcsellenes hatása is van az epilepsiában és a gyermekkori göresös állapotokban, Ueber szerint pedig a deliriumban életmentően hat. De azért ki kell emelnie, hogy nem hat mindig álmothozóan, hogy accumulatioja és megszokása előfordulhat és hogy melléktüneteket is okozhat. Épen ez utóbbiak miatt nagyon mérlegelnünk kell, hogy nagy adagok használatának szükségessége esetén nem okozunk-e nagyobb bajt a káros mellékhatások útján, mint a mennyi haszonnal jár a veronalnak hypnosis, megnyugtató hatása. Ha kétség merül fel e tekintetben, jobb morphiummal együtt adni, mint a hogyan ezt a szerző a saját és mások tapasztalatai alapján már régebben ajánlotta volt. (Medizinische Klinik, 1908. 6. szám.)

#### Általános kór- és gyógytan.

Az újabb immunizáló eljárásokról referált Wassermann a XIV. hygiene congressuson. Konstatálja, hogy az immunizálásban még mindig Pasteur elvét követik főképp, tudniillik azon anyagot használják, mely ellen immunizálni akarnak, de akadtak oly vizsgálók is, a kik a malariában üzőtt chininprophylaxis mintá-



jára heterolog anyagokkal igyekeznek immunitást előidézni. Ide tartozik egyes festékek trypanosomaölő hatása (Ehrlich), az atoxyl sokoldalú alkalmazása, azon Loeffler által bebizonyított tény, hogy állatok arsensavval való kezelés útján trypanosomák ellen immunizálhatók. A rossztermészetű daganatokra vonatkozó kutatások eredménye: A ráksejtekkel való kezelés immunissá teszi az állatot az összes rossztermészetű daganatok ellen; embryonális sejtek bevitelével ráksejtek elleni immunitást teremthetünk; félig immunis szervezetben a rák mint adenoma nő tovább. Az utolsó congressus óta főképpen az *activ immunizálás*-sal foglalkoztak. A régi Pasteur féle módszer lényegén nem változtattak, csak módosítottak rajta a typhus és pestis elleni immunizálásban. Kolle megölt 20 óráig agartenyészetekkel oltotta be az Afrikába menő német katonákat typhus ellen. Az eredmények kedvezők voltak: ha megbetegedés történt, kisebb volt a halandóság. A pestis elleni oltásban a gyengített élő bakteriumokkal való oltás (Kolle és Otto állaton, Strong emberen kísérletezett) bizonyult eredményesebbnek. Az a körülmény azonban, hogy az említett módszerek szerint történő oltások kellemetlen helyi és általános következményekkel járnak, oly eljárások kieszelésére készítette a vizsgálókat, a melyekkel csak az immunizáló (s nem egyúttal a mérgező) anyagot oltják be a szervezetbe. A két anyagot különválasztani igyekeztek bakteriumok autolysis (Conradi, Neisser, Shiga) és az autolysatum megszáritása útján (Strong, Wassermann). Brieger párolt vízzel való összerázás és szűrés után nyert élő bakteriumokból oly csiramentes kivonatot, a mely helyi elváltozást nem okozott, a minek oka az, hogy e módszerrel kevesebb praecipitabilis proteinanyagot nyerünk, míg az immunizáló képesség ugyanaz marad. Bail vizsgálataiban abból indult ki, hogy a valódi élő mikroorganizmusok főképpen abban különböznek a saprophytáktól, hogy a szervezetbejutásuk után a szervezet által el nem pusztított néhány egyén rohamos szaporodásnak indul. Ennek okát abban látja, hogy a valódi élősdiek a szervezettel való küzdelemben oly anyagokat — aggressinokat — termelnek, a melyek a szervezet védőkészülékét (phagocytosis) gyengítik. Ezen anyagokat fertőző betegségben elhaltak exsudatumaiból állította elő először centrifugálás és sterilizálás (carboll + 44°-ra melegítés) útján. E készítmény Bail szerint nem halálos bakteriumadagot halálössá tesz, a bakteriolysissal savó hatását tönkre teszi, állatokba oltás útján vele sajátlagos védősavó, anti-aggressin nyerhető. Más vizsgálók különböző bakteriumokra vonatkozólag igazolták ezt a tényt. Wassermann és Citron kimutatta, hogy az aggressinok nem a bakteriumok és a szervezet küzdelme közben keletkeznek, hanem már előzőleg benn vannak a bakteriumokban; ugyanis valódi élősdiek élő bakteriumokból kivonás útján nyert, majd centrifugált s sterilizált (carboll + 44°-ra melegítés) készítmény ugyanazon tulajdonságokat mutatja, mint a Bail-féle. A mi a kivonásra használt folyadékot illeti, egyes esetekben hatásosabb kivonatot nyer az ember, ha párolt víz helyett vérsavót, illetve azon állat savóját használja, a melyet immunizálni akar. Az eddig említett vizsgálatok annyiban fontosak, mert megmutatják a módot, a melylyel kellemetlen mellékhatásokat nem okozó oltóanyagot nyerhetünk.

Más szempontokat követ az immunizálásban Wright, a ki felhasználja a Metschnikoff és tanítványai, továbbá Neufeld, Rimpau, Gruber, Futaki, Löhlein stb. által kimutatott azon tényt, hogy az immunsavóban olyan amboceptorszerű anyagok (Wright opsoninok, Neufeld bakteriotrop anyagok nevezik) vannak, a melyek a bakteriumokat megkötik s a phagocytosisra előkészítik. Wright megölt bakteriumoknak a betegség tartama alatt való befecskendezésével igyekszik a vérsavó opsonintartalmát a normálisig növelni. Eljárása tehát tulajdonképpen *activ immunizálás*, a melytől azonban annyiban különbözik, hogy nagy súlyt helyez az egyes befecskendezéssel adott bakteriumadagra, a melynek nagyságát az immunitási görbe viselkedése szerint változtatja. A szervezet védőanyagai ugyanis az injectio után közvetlenül fogynak (az immunitási görbe negatív phasisa), s csak bizonyos idő múlva szaporodnak megint. A negatív phasis nagysága és tartama szerint változtatja Wright a bakteriumadag nagyságát, a melyet a bakteriumoknak megszámlálása útján határoz meg (vérrel keveri a bakteriumokat s a vérsejtekhez való viszonylagos számukból következtet mennyiségükre). Ezen eljárást staphylococcus, strepto-

coccus, gonococcus, colifertőzésekben, carcinoma esetén s a tuberculosis mindenféle nyilvánulásaiban használja Wright, úgy látszik kedvező eredménnyel.

A tuberculosis elleni *activ immunizálás* terén Behring, Koch, Schütz és Neufeld kimutatta, hogy megszáritott élő emberi gümöbaccilusoknak a gyűjtőerekbe oltásával sikerül szarvasmarhát a marhagümőkór ellen immunizálni, ha már mint borjút oltják nagyon gyenge (a tengerimalacot el nem pusztító) virulentiájú méreggel 3 hónapban kétszer. Az eljárás gyakorlati értékét csökkenti az, hogy az állatok az oltás után bizonyos időtől kezdve az immunizálás kifejlődéséig túlérzékenyek, hogy nem ismeretes az immunizálás tartama, azonkívül nem tudjuk, meddig maradnak életben az állat szervezetében a bakteriumok, nem választatnak-e ki a tejben, nem veszélyes-e az ilyen állat húsának fogyasztása, nem is szólva arról, hogy ezen állatokkal bántó állatorvos s szolga személyzet a fertőzés veszélyének van kitéve. Kerestek tehát oly eljárást, melylyel élettelen anyagot juttatnak a szervezetbe. Calmette a bél felől immunizált borjakat megölt bacillusok etetésével, azon véleményből indulva ki, hogy a gümős fertőzés a bél útján történik.

Syphilis ellen az erre fogékony anthropoid majmokat a syphilis élő vírusával immunizálni eddigelé nem sikerült (Roux, Metschnikoff, Neisser), bár be van bizonyítva, hogy a syphilisben (épen úgy mint tuberculosisban) is képződnek oly anyagok (amboceptorok), a melyek egyrészt az antigen mikrobával, másrészt a complementtel egyesülnek. Tehát az amboceptorok jelenléte a vérben nem egyenlő minden fertőző betegségben az immunitással. Ezt a tényt magyarázhatjuk egyfelől azzal, hogy némely bakterium az ellene ható anyagok behatolása ellen tok képzésével védekezik, másfelől talán azzal, hogy a mikrobák immunizálják önmagukat az amboceptorok ellen. Ezt különösen trypanosomákra vonatkozólag állítják, újabban pedig spirochaetákra nézve is kimutatta Levaditi az amboceptorokat tartalmazó serumhoz való alkalmazkodást s az ebből származó közömbös viselkedést.

Citron, Loeffler, Kraus és Provacek vizsgálataiból kitűnik, hogy fertőző anyagok befolyása alatt oly helyi elváltozások támadnak a szövetekben, a melyek azok érzéketlenségét, immunizációját (helyi vagy histogen immunitás) vonják maguk után. Észszerű tehát a bejutás kapujának immunizálása által védeni a szervezetet a fertőzés ellen. Ilyen immunizálás Calmette említett eljárása. Az immunizálás e módjának helyes gyakorlati alkalmazása azonban csak akkor válik lehetségessé, ha a szövetekben ilyenkor támadó változásokat behatóbban tanulmányozzuk. Eddig csak annyit tudunk, hogy az illető szövet sejtjei a fertőző anyag behatására antitesteket termelnek, a mely termelés fokozódik újabb fertőző anyag bevitelére, vagyis ha antitestek már képződtek a szövetben, akkor újabb antigen anyagok sokkal nagyobb reakciót (a melyben a leukocyták fontos szerepet játszanak) váltanak ki: az inficiált szövet túlérzékeny. Ezzel a ténnyel magyarázhatjuk az ophthalmia és a Pirquet-féle reakcióban támadó szövetelváltozásokat. Az előadónak az a véleménye, hogy a histogen immunitás alapos tanulmányozása alapján bizonyos fertőző betegségek cyclusos lefolyását (tertíer lues) majd megmagyarázhatjuk.

A mi a *passiv immunizációt* illeti, felismerték, hogy egy és ugyanazon bakteriumfaj egyes törzsei a különböző viszonyokhoz alkalmazkodás következtében más biológiai tulajdonságokkal bírhatnak, s azért, ha az illető kórokozó ellen biztosan immunizáló savót akarunk nyerni, különböző törzsekkel kell oltanunk a savót szolgáltató állatokat. Így keletkeztek a polyvalens (= multipartiális) védősavók, a milyen a pneumococcus-, meningococcus-, sertésvérserum stb. Bálnak természetes aggressinokkal nyert immunsavója nemesak baktericid, hanem egyúttal a bakterium testét alkotó mérgező anyagokra is semlegesítőleg hat. Ugyanilyen tulajdonságúak a Roux, Metschnikoff, Salimbeni, Wassermann és Ransom által oldott bakteriumanyagokból előállított savók. Különböző módszerekkel igyekeztek a vizsgálók oldható toxinokat nyerni antitoxinokat tartalmazó savó előállítására végett. E célra használták a zacskómódszert (Roux és Metschnikoff szerint), a melyet azzal kombináltak, hogy a fagyasztott bakteriumokat összemorzolták; mások a kipréselt nedvet használták vagy oly törzset választottak, a mely oldható toxinokat termel. Ezen vízben oldható toxikus anyagokkal sikerült *passive immunizáló* savó-



kat nyerni, a melyeknek használhatósága felett azonban a gyakorlat még nem döntött, a dysenteria és meningococcussumot kivéve, a melyekkel kedvező eredményeket értek el. (Deutsche med. Woch., 1907. 47. és 48. sz.)

#### Belorvostan.

A radiotherapiában jelentős haladást jelent — ha a további megfigyelések is igazolják — Jaksch azon tapasztalata, hogy 0.02 millimeter vastagságú ezüstlemez a Röntgen-sugaraknak a bőrre káros részeit visszatartja, míg a többi rész zavartalanul fejtheti ki a hatását. (Zeitschr. f. klin. Medizin, 64. kötet, 3. és 4. füzet.)

A zsugorodott fehér veséről ír W. M. Robson. Az idült Bright kórnak ezen alakja egyforma gyakori férfiakban és nőkben. Főleg a 20—35 éves korban fordul elő. A baj nagyon lappangva fejlődik. A beteg sokszor teljesen egészségesnek hiszi magát s hirtelen pusztul el heveny uraemiában. Többnyire azonban kifejezett táplálkozászavart találunk, a betegek erősen lefognak, néha annyira, hogy rossztermészetű daganatképződés gyanúja merül fel, annyival is inkább, mert többnyire a kevés-vérűség is kifejezett. Sokszor a folyton fokozódó gyengeség viszi az orvoshoz a beteget. Gyakori a bőrnek sötét színe, a mi az Addison-kor gyanúját keltheti; a nyálkahártyák azonban — legalább a szerző eseteiben — nem voltak festékesek, mint a melynek az Addison-kórban lenni szoktak, s a vérnyomás is inkább magas, mint alacsony. Elváltozások a szív és az erek részéről gyakoriak. A szív rendszerint túltengett, a szívesüslökés helye le- és kifelé tolodott, maga a szívesüslökés emelő. A verőerek megvastagodottak, fibrosusak, a verőeres nyomás fokozott. Egészen véve a szív- és érbeli elváltozások kifejezettebbek, mint az idült parenchymás veselobban, de nem oly nagy fokúak, mint az idült vörös szemcsés vese eseteiben. Gyakori a homlokra vagy a nyakszirtre szorító erő fejfájás, a mely néha annyira ki-magasló tünete a bajnak, hogy agybeli daganat gyanúja támad. Az esetek többségében sok a vizelet, halovány, savi kémhatású, alacsony (1004—1010) fajsúlyú, sok fehérjét tartalmaz, nagy ritkán azonban hiányzik a fehérje. A nyálkahártyavérzés elég gyakori. Észlelték már nagyfokú vérvizelést és vérhányást is. A szerző egyik esetében huzamosan tartó, csak nehezen mérsékelhető vérzés volt a foghúsból és az orrból. Nagyon gyakoriak voltak az elváltozások a szemfenéken neuritis, retinitis és retina-vérzés alakjában. Az uraemia néha rendkívül gyorsan halálos, máskor azonban hetekig elhúzódik, de mindig nagyon rossz jel, míg másfajta vesebajokban nem oly végzetes jelentőségű. Agyvérzést, a mely az idült szemcsés vese eseteiben oly gyakori, a szóban forgó bajban még sohasem észlelték. A savós hárták lobját a szerző szintén nem észlelte. Vizenyő, a mely oly gyakori a heveny és idült parenchymás nephritisben, csak akkor fordul elő, ha a fokozott verőeres nyomás következményeképpen a szív kitérült és gyengült. A mi a baj keletkezését illeti: a különböző nézetek felsorolása után a szerző legvalószínűbbnek tartja, hogy a táplálécsatornában képződött bizonyos abnormis termékek a véráram útján a vesékbe jutva, ezeket megbetegítik. A gyógyítás ez idő szerint még gyenge lábon áll, egyrészt mert nem ismerjük eléggé a betegség okát, másrészt mert a baj kifejezetten lappangó volta miatt többnyire már nagyon előrehaladott szakában van, a mikor az orvos elé kerül. A szerző egyik esetében másodnaponként használt forrólevegőfürdőre és natriumnitrit belső adagolására (20 centigramm naponként háromszor) a heves fejfájás megszűnt, a neuritis optica feltisztult, a retinitis azonban változatlan maradt; a beteg állapota annyira javult, hogy ismét munkához foghatott, de nemsokára visszaesett a bajba. Egyébként, tekintettel a mindig meglevő kevésvérűségre, vasat adhatunk valamelyes könnyen áthasonuló alakban s a meghűléstől óvjuk a beteget. A diureticumok semmit sem használnak, a mindennapos bő székelés csökkenti a fejfájást. (Practitioner, 1908 február.)

#### Sebészet.

A rák kezelése fulguratioval címmel ír V. Czerny (Heidelberg). Keating-Hart (Marseille) 1906 szeptember havában közölte

először a milanoi congressuson eredményeit, melyeket a rák-betegség villanykezelésével, úgynevezett sideratiojával ért el.

Pozzi a sideratio elnevezést a fulguratio szabatosabb kifejezésével helyettesítette. Czerny 1907 november hava óta végzi kísérleteit a heidelbergi rákintézetben ezen újabb eljárással.

A kezelés nagy frekvenciájú és erős feszültségű áramokkal történik, néhány 100,000 Volt feszültséggel és 4—5 Ampère-nyi áramerővel. Az alkalmazott villamszikkák hossza 5—10 cm lehet.

Szükséges eszközök: 1. Induktor 40—50 cm. szikratávollal; az induktort a városi villamos hálózathoz csatlakoztatjuk. 2. Megszakító. 3. Kondensátor. 4. Oudin-féle resonator (solenoid). 5. Kabelek. 6. Elektrodok, melyeket kaucsukköpönnyel izolálunk.

A szikkák hatása alatt a szövetek első sorban destruáltak; van még azonkívül a kezelésnek fájdalomtalanító, haemostatikai és electiv hatása is az újképletek szöveire.

Keating-Hart eredeti eljárása szerint a beteget elaltatjuk, azután feltárjuk a tumort és az eset szerint rövidebb-hosszabb ideig kiteszszük a fulgurationnak. Az álképlet ennek folytán ellágyul és a fulguratio vérzésesillapító hatása folytán a későbbi vérzésesillapítás lényegesen könnyebb. Most késsel és éles kanállal minden kóros részt eltávolítunk, majd egy újabb erősebb fulguratio után befejezzük a műtétet.

Keating-Hart szerint ezen kezelés után a kóros szövet mind elpusztul, az ép szövetekből erős lymphorrhoea indul meg, a mely a nekrotizált daganatrészeket eliminálja. Utólag gyors hegesezés észlelhető még nagyobb területeken is.

Czerny kísérletei 32 inoperabilis carcinoma esetét ölelik fel. Szerepel köztük arczrák, az orbita rákja, branchiogen carcinoma, nyaki mirigymetastasis, emlőrák, recidiva, méhrák, végbélrák stb.

Megfigyeléseiről Czerny már előzetesen is annyit jeléz, hogy felületes bőr- és nyálkahártyarák eseteiben a fulguratioval kiméletesebben tudjuk a rákos szövetet kiirtani és elpusztítani, mint a divó véres műtétekkel. Vajjon a kezelés állandó eredményt biztosít-e, ahhoz Czerny 5 esztendei megfigyelést tart szükségesnek. A kezelést biztosabbnak és gyorsabbnak is véli, mint a radiummal vagy x-sugarakkal eszközölt therapiát. Mélyebben fekvő rák eseteiben Czerny szerint ajánlatosabbak a most divó véres műtétek. Vajjon ezen mélyebb góczok művi feltárással és fulguratiojával is idővel jobb eredményeket érhetünk-e el, még eldöntetlen kérdés. (Münch. med. Woch., 1908. 6. sz.)

Gergő.

A vesegümőkóról értekezik Wildbolz (Bern) vesetuberculosis miatt végzett 62 vesekiirtása alapján. Operatív halálozása 3 esetben (4.8%) volt, még pedig collapsus, tüdőembolia és uraemia következtében. Végleges gyógyulásról pontosan még nem számolhat be, mert az első vesekiirtást csak 6 év előtt végezte, a legtöbbet pedig az utolsó 3 esztendőben. Teljesen gyógyultnak látszik 39 beteg; 23 betegén a hólyagtünetek még megvannak, részben a gümös folyamat gyógyulása következtében beállott hólyagzsugor, részben gümös cystitis következtében. A functionális vesediagnostika értékéről is ír a szerző és álláspontja ezen kérdésben az, hogy a vér fagyáspontja —0.60°-on alul még nem ellenjavallat a vesekiirtásra, csak óvatosságra int. A chromocystoskopiát jó segédeszköznek tartja a gyors tájékozódás szempontjából, de a gümös folyamat foka felől nem nyújt felvilágosítást. A külön felfogott vizeletek fagyáspontja, a kiválasztott mennyiséget is tekintetbe véve, a gyakorlat követelményeinek megfelelő képet nyújt a gümös megbetegedés terjedelméről. A vizelet-separálás a vizelet fehérjetartalmát átmenetileg növelheti. A vesegümőkór gyakrabban kétoldali, mint a hogyan általában felveszik. A gümöbacillusok az üledékben különös nehézség nélkül fellelhetők. Kizárólagos vesemedencetuberculosis a parenchyma megbetegedése nélkül előfordul; felszálló uretergümösödés ritka, de előfordulhat. Szerinte kezdődő vesegümőkór esetén a conservativ kezelés megengedhető. (Az összes nagy tapasztalattal rendelkező vesesebészek és a referens is a korai műtét feltétlen szükséges volta mellett emelt szót.) A gümös cystitis a nephrektomia után javul. (Folia Urologica, I. k. 4. f.)

Steiner Pál dr.

A nyelvalap daganatainak eltávolítására a pharyngotomia suprahyoideát ajánlja Tedoroff (Szt.-Pétervár), a mely előnyösebb a pharyngotomia infrahyoideánál, mert jobb és tágabb betekintést



nyújt a hátulsó garatfalra, a mandolákra, az epiglottisra. E metszéssel könnyen elkerüljük a felső gégeideg sértését; nem szükséges az előzetes laryngo- vagy tracheotomia. A vérzés jelentéktelen, utóvérzéstől nem kell tartani. A műteti seb elsődlegesen gyógyul, vagy esetleg kis sipolylyal, nem szükséges a beteg táplálására sem gyomorszonda, sem klyzma. (Archiv. f. klin. Chirurgie, 84. k. 4. f.)

Steiner Pál dr.

#### Bőrkórtan.

Az eczemának újabb kátrányos készítményekkel való gyógyítását kísérelte meg K. Herxheimer (Frankfurt a. M.). A kátrányos kezelés az eczéma terápiájában még ma sem nélkülözhető. Indicatioja akkor támad, midőn a hevesebb tünetek már lezajlottak és főleg a vérbőség és hámlás ellen kell beavatkoznunk. A kátrányos szerek száma ma már igen jelentékeny, a mi azonban nem baj, mert a pontos észlelés minden készítmény részére megtalálja az indicatiót. A szerző ezért nem szívesen nélkülözne egyetlen készítményt sem, sőt a számukat újabb kátrányos anyagok készítésével gazdagította is. A kátránynak gyógyhatása inkább empirián alapul, alkotórészeinek tudományos vizsgálata úgyszólván még hiányzik. A főhatást alighanem a cresolok és pyridinbasisok fejtik ki. A szerző többféle anyagot használt, hogy a kátránynak hatásos anyagokat kivonjon. Első sorban terpinollal dolgozott, a mely kátránynyal összehozva egy koncentrált kátrányos készítményre vezet, melyet a szerző „carbوترpin“-nek nevezett. Sötét barnászörös folyadék ez, melynek fajsúlya 0.91. E szerrel sok bőrbeteget kezelt. 15 psoriasisos betegen is bevált a carbوترpin, csak hogy e hajban úgylátszik kissé lassan halad a gyógyulás. Sokkal jobbak voltak azok az eredmények, a melyeket a szerző chronikus eczemákban és egyéb viszkető bőrbajokban észlelt. Jó készítmény a szerző szerint a „succinol“ is, mely főleg pruritis, idült eczema és psoriasis eseteiben válik be. A succinol a borostyánkőből származik, mely száraz lepárláskor a sötétbarna bűzös oleum succini erudumot adja. Ez utóbbi kátrányszerű anyag nem más mint a succinol. A szerző tapasztalása szerint az összes ismert kátrányos készítmények közül a legkevésbé irritáló és ezért igen értékes anyag az, a melyet ő „carboneol“-nak nevezett. Ez létrejön, ha kátránynak összehozunk carboneum tetrachloratummal. Ez utóbbinak elpárologtatása után megmarad a carboneol. Ez híg, feketés folyadék, a melynek fajsúlya 1.328. Használható töményen, borszeszben oldva, vagy kenőcsben, pasztában elkeverve. A szerző e készítményt elsősorban mintegy 20 psoriasis-esetben alkalmazta, az eredmény igen kielégítő volt. Kitűnő szernek bizonyult főleg idült eczémák eseteiben. A viszketést és beszűrődést elég gyorsan megszüntette. Óriási előnye a készítménynek még az, hogy irritáló hatást csak igen kivételesen fejt ki. E tulajdonsága miatt még heveny, nedvező eczemákban is használható. A szerző azt is tapasztalta, hogy a betegek még akkor is jól tűrték a carboneolt, a mikor a bőr semmiféle egyéb kátrányos készítményt nem tűrt meg. 195 esete alapján a szerző tehát igen melegen ajánlja a szert, a melynek csak egyetlen hibája van, és ez az erősen piszkító fekete színe. Ambulans kezelésre ennél fogva csak nehezen használható. (Berliner klin. Wochenschrift, 1908. 3. sz.)

Guszmán.

#### Venereás bántalmak.

A syphilisnek arsenellel való kezeléséről ír O. Rosenthal (Berlin). A közelmúltban nagy feltűnést keltettek azon kísérletek, melyek az atoxylnak nagy adagjaival a syphilis gyógyítására irányultak. Főleg Salmon-nak vizsgálatai látszottak meglepő eredménnyel járni. A szerző kezdettől fogva az arsenellel kísérletezett, mert az atoxylban a hatásos alkotórész egyedül az arsenkomponens. Az arsenkezelés a syphilis terápiájában nem is új eljárás, csak feledésbe ment. A szerző szerint David de Planiscampy már a XVII. század elején adta az arsen syphilis ellen. Utána sok szerző ajánlotta, idővel azonban az egész arsenes kúra feledésbe ment. Rosenthal gyógyító kísérleteiben az arsenessavat használta 2% os oldatban, injectiók alakjában. Az injectiókat subcutan adta, a kezdeti dosis 0.002 gm. volt. Lassú emelkedéssel a napi maximális dosis 0.016 gm. ig emelkedett. Az injectiók helyesen adva alig fájdalmasabbak, mint pl. az egyszerű morphiu-

mos fecskendések. Arsenes injectiókkal kezelt syphilises eseteinek száma mintegy 60 volt. A gyógyhatás igen különböző volt az egyes esetekben s ezért végleges véleményt a szerző nem is nyilvánít. Bizonyos, hogy bármely korán és bármely módon adta is az injectiókat a lueses sclerosis idején, a secundaer tünetek kivétel nélkül kifejlődtek. Az abortív kezelés tehát semmi reménnyel sem jár. Bizonyos secundaer és tertiaer tünetek másrészt megint feltűnő gyorsan múltak az arsenes kezelésre. Ezekben az esetekben a szerző azt is kiemeli, hogy az injectiók igen frissítőleg hatottak az egész szervezetre, úgy hogy a betegek subjective is a legjobban érezték magukat. Más esetekben ismét az arsenes kezelés semmi eredménnyel sem járt. A primaer affectiók visszafejlődésére sem látszik különösebb hatással lenni, ha csak lokálisan kénesőt nem alkalmazunk. A mi az arsenes injectióknak hatását a további recidivákra vonatkozólag illeti, kiemeli a szerző, hogy a recidiváló tünetek kitolására, tehát a latens időszakok megnyúlására az arsenes kezelésnek semmiféle befolyása sem szokott lenni. Abban a kérdésben, hogy — be lévén igazolva, hogy a syphilis tünetek elmulasztására úgy az atoxyl, mint az arsenessav kedvező hatással bír — melyik szernek adjunk a syphilis terápiájában előnyt, a szerző határozottan az arsenessav mellett foglal állást. Az atoxyl ellen ugyanis igen sok tapasztalat szól. Egyik veszedelmes tulajdonsága, hogy nagyobb, tehát hatásos dosisekben könnyen látóidegsorvadásra vezethet. Nemrégiben Koch kimutatta, hogy eddig már mintegy 22 megvakulás történt az atoxylkezelés nyomán. Ez az egy körülmény máris nagy óvatosságra int. Egyes állatfajoknak atoxyl iránti toleranciája nem vihető át az emberre. Hiszen újabban mutatták ki csak, hogy mily változó módon türik e szert az egyes állat-speciesek. A szerző véleménye szerint az atoxylnak veszedelmes tulajdonságai abban rejlenek, hogy a szervezetben túlsokáig vesztel és hogy az arsennek lehasadása oly tényezőktől függ, melyeknek irányítása nem áll hatalmunkban. Szerencsére úgy látszik, hogy a szervezetbe bevitt atoxylnak jó része feldolgozatlanul hagyja el az organismust. Mindezekkel szemben az arsenessavval való injectiók sokkal veszélytelenebbek s így a szerző inkább ezeket ajánlja. Indicatiojuk a syphilis terápiájában ott merül fel, a hol a betegek a kéneső iránt határozott idiosyncrasiával viselkednek, a jód pedig elégtelen hatásúnak bizonyul. Használható az arsen akkor is, ha a legyőngyült betegek az imént végeztek kénesőkúrát és recidivák máris újlag jelentkeznek. Indicatio lehet továbbá néha a lues malignának némely esete is. (Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 3. sz.)

Guszmán.

#### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A salicylsavnak fehérjevezetést okozó hatásával foglalkozik Ehrmann cikke. Az utóbbi időben többen foglalkoztak ezzel a kérdéssel s általában mondható, hogy nagyobb azoknak a száma, a kik a salicylsavat a vesére ártalmatlannak mondják. A szerző is ezen a véleményen van. Igaz ugyan, hogy elég sokan vannak, a kik salicylsavra eleinte albuminuriával reagálnak, ha azonban tovább veszik a szert, a fehérjevezetésük megszűnik. A salicylsav használata után néha beálló cylindruriát nem nephritissel, hanem bizonyos fajta keratolysissal hatással magyarázza a szerző. A nagy salicylsavadagok csupán a nyúltvelőre és az agyra lehetnek károsak (a szív működés és a légzés meglassabbodása, delirium, collapsus). Ilyen esetekben natrium bicarbonicum nagy adagjaival gyorsan eltávolítható a szervezetből a salicyl. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 52. sz.)

A sajodin-tabletták használatára vonatkozólag a következő utasításokat találjuk a Berliner klinische Wochenschrift ez évi 2. számában: a tablettákat teljesen szét kell rágni; éhomyra, tehát étkezés előtt nem szabad bevenni, legezelszerűbb étkezés után 1 órával adni; ha a reggeli után is adjuk, a reggelinek bőségesebbnek (kávé és hús) kell lennie.

A lágy fekély Bornemann szerint feltűnő gyorsan gyógyul, ha valamely antisepsissal oldattal megtisztogatása és carbolsavval étetése után 1.25 gramm europhebből és 3.75 gramm bórsavból álló porral behintjük. (Dermatologisches Zentralblatt, 1907 november.)



## Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1908. 8. szám. *Felétár Emil*: Mérgezés gyanújában állott természetes halál két esete. *Porosz Mór*: A penis-oedema a heveny blennorrhoeában.

**Orvosok lapja**, 1908. 8. szám. *Jankura Iván*: Agyvérzés. *Rottenbiller Ödön*: Adatok az idült rheumás ízületi gyulladások klinikai felépítéséhez és lefolyásához.

**Budapesti orvosi ujság**, 1908. 8. szám. *Tauszk Ferencz*: Észrevételek az idült ízületi csúsz gyógykezeléséhez. *Boross Ernő*: 1. Egyoldali vesetuberculosis korai kórismézés. 2. Diverticulomok, prostata-kövek teljes retentioval. Bottini-műtét. „Bőr- és bujakórtan” melléklet, 1. szám. *Huber Alfréd*: Mit kell tudnia a gyakorló orvosnak a Röntgen-therapiáról. *Róth Alfréd*: Kétoldali herpes zoster és egyoldali kettős herpes zoster egy-egy esete. *Hafli Dezső*: Dermatitis exfoliativa chronica (Ritter) esete.

## Vegyes hírek.

**Kitüntetés**. *Dreiszer József* dr.-nak, a közszegi hidegvizgyógyintézet tulajdonosának a király a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

**Kinevezés**. *Thassy Gábor* dr.-t Zalavármegye helyettes főorvosává nevezték ki. — *Fuchs Jenő Károly* dr.-t a szekszárdi Ferencz-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás**. *Kunós István* dr.-t Orosháza község főorvosává választották. — *Gräf János* dr.-t Kapuvárott községi orvossá választották.

A budapesti Orvosi Kaszinó elnöksége 200, azaz kétszáz korona pályadíjat tűz ki a következő kérdés megoldására: *Tanulmányozandó az orvosok elosztásának kérdése Magyarországon, különös tekintettel a főváros, városok, községek viszonyaira és milyen módon lehetne a közegészségügy, valamint az orvosok anyagi és erkölcsi érdekei szempontjából a fennálló bajokon segíteni.* A pályamunkák jelíggel levéllel ellátva f. év szeptember hó 30.-áig a Budapesti Orvosi Kaszinó (VI., Teréz-körút 24b) titkári hivatalába küldendők be, a hol a részletesebb pályázati feltételek is megtekinthetők.

A budapesti poliklinikán január hóban 4106 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 10,456 volt.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába befizettek. Alapítványt: *Bäcker József* dr. magántanár 200 kor. *Temesváry Rezső* 20, *Lichtenstein Salamon* 5, *Mangold Henrik* 400, *Bauer Samu* 20, *Wagner Károly Ujvidék* 20, *Özv. dr. Herczky Imréné* 20, *Vámosy Zoltán* 20, *Bogdán Aladár* 20, *Höng Márton* 20, Egyesült budapesti fővárosi takarékpénztár 100 koronát. 10—10 kor. tagdíjat fizetett: *Székely Ágoston*, *Háry István* és *Potreczky Endre*. — 1907 évre 4 korona tagdíjat fizettek: *Halász Lajos*, *Szántó József*, *Drechsler Miksa*, *Szörényi Zsigmond*, *Hermann Manó*, *Mild Adolf*, *Spuller József*, *Friebeisz Alajos*, *Erős János*, *Pávay Gábor*, *Androvits Sándor*, *Hajós Béla*, *Ludvik Endre*, *Prayzák Adolf*, *Zirkelbach Antal*, *Széli Manó*, *Sulykovszky József*, *Papp Károly*, *Comsia János*, *Kelemen Izor*, *Polacsek Márton*, *Holezer Miksa*, *Lugosi István*, *Dégen Árpád*, *Révész Fülöp*, *Szigeti Lajos*, *Steiner Simon*, *Göbel József*, *Fráter József*, *Szabó Mihály*, *Garami Béla*, *Róth Alfréd*, *Pehán László*, *Haas Simon*, *Pándy Kálmán* dr.-ok. — 1908. évre 4 koronát fizetett: *Kretzmer Albert*, *Csengery Gyula*, *Török István*, *Szöke Károly*, *Brody Sándor*, *Wahrmann Simon*, *Hieronymi Géza*, *László Elek*, *Steiner József*, *Kollár Henrik*, *Dégen Árpád*, *Markovits Sándor*, *Gereben Károly*, *Kollár Lajos*, *Csatkai Ignác*, *Schulhof L.* *Zsigmond*, *Szarvas Félix*, *Schrodt Antal*, *Schwarz Nándor*, *Wenzel Tivadar*, *Stähly Ignác*, *Wenhardt János*, *Steiner József*, *Steinberger Armin*, *Kollarits Jenő*, *Nádory Béla*, *Purjesz Ignác*, *Polgár Emil*, *Pálfi D. Ignác*, *Reitzer Manó*, *Fuchs Sándor*, *Fried Samuel*, *Kanitz Ignác*, *Hudomel József*, *Kovalszky Ferencz*, *Kétly László*, *Kratochwilla János*, *Körnöcz Zoltán*, *Káldor Bertalan*, *Korányi Sándor*, *Bergmann Ignác*, *Kovács Samu*, *Donogány Zakariás*, *Dembitz Mátyás*, *Csapody István*, *Angyán Béla*, *Braun Sándor*, *Bugsch Gusztáv*, *Büchler Antal*, *Boytha József*, *Balkányi Vilmos*, *Kiss Gyula*, *Docter Károly*, *Radó Lipót*, *Gebhardt Ferencz*, *Kern Géza*, *Györgyi József*, *Iványi Ernő*, *Réczy Imre*, *Ranschburg Hugó*, *Kosztka Emil*, *Balogh Dezső*, *Ottava Ignác*, *Pákozdy Károly*, *Diebala Géza*, *Eröss Gyula*, *Bakó Sándor*, *Bartha Gábor*, *Eisler Hugó*, *Ötvös József*, *Hudovernig Károly*, *Adler Zsigmond*, *Noel Jakab*, *Mihályovits Miklós*, *Moravesik Ernő*, *Liebermann Emanuel*, *Lengyel Samuel*, *Walla Béla*, *Siklóssy Gyula*, *Somogyi Lajos*, *Sellei József*.

**Megjelent**. *Bókay János*: A gyermekről. Az Egészség-könyvtár V. kötet. Budapest, Franklin-Társulat. Ára 1 korona 50 fillér.

**Meghaltak**. *Brujan Béla* dr., kórházi főorvos Ungváron, e hó 15.-én, szívélhűdésben hirtelen elhunyt. — *Esmarch Frigyes* tanár, a világhírű sebész, f. hó 23.-án, 85 éves korában Kielben. *Esmarch*-hal a múlt század egyik leghíresebb sebésze száll sírba. Nevét a végtagok operatíójához alkalmazzák *Esmarch*-pólyával halhatatlanná tette. Igen nagy érdemei vannak a samaritánusügy körül, ő alapította meg a samaritánus-iskolákat Németországban, s irt számukra tankönyvet is, melyet huszonhárom nyelvre fordítottak le. Az első orvosi segélyről irt könyvével megadta az önkéntes mentő-egyesületek létesítésére. Első tekintélye volt a háborúsebészetnek; „Kriegschirurgische

Technik” című műve több kiadást ért. *Esmarch* 1823-ban született Tönningben; apja orvos volt. Az orvosi tanfolyamot Kielben és Göttingenben végezte. Ezután *Langenbeck* tanársegéde lett Kielben s 1854-ben, midőn *Langenbeck* Berlinbe került, utódja a kieli sebészeti tanszéken. Állását 40 évig töltötte be; 1894-ben nyugalomba vonult. Halálát tüdőgyulladás okozta. — *L. A. Segond*, agrégé a párisi egyetem orvosi karán. — *Van den Corput*, az általános gyógytan volt tanára a bruxellesi egyetemen. — *A. Roche* dr., az orvosi jogtudomány tanára a dublini katolikus egyetemen, január 29.-én.

**Kisebb hírek külföldről**. A német császár február 15.-én jelen volt az orvosok továbbképzésének céljaira szolgáló berlini Kaiserin-Friedrich-Haus egy előadásán. *Hartwig* tanár adott elő egy fejlődéstani themáról. — A parlamenti budget-tárgyalások alkalmával a porosz közoktatásiügyi ministerium képviselője, *Elster* titkos tanácsos sajtóadatsnak jelentette ki, hogy Berlinben annyi az orvoskari magántanár. A legtöbb magántanárnak csak az a célja, hogy megkapja a professori címet, a mi 6—7 év múlva meg is történik, s hogy azután ezen a révén dupla honorariumot számíttson fel a gyakorlatban. Ennek a megértésére tudnunk kell, hogy Németországban a Privatdocent csak Herr Doctor, s hogy a praxisra nézve a cím csak a külön elnyerendő Professor cím hozzájárulásával lesz értékesíthető. — *Baurowitz A.* (laryngologia) és *Mejowski K.* (ophthalmologia) krakói magántanárok a rendkívüli máriai címet kapták. — *Carnegie* a Koch Róbert-alapítványnak 1/2 millió márkát adományozott. — *Mering* tanár utódjává a hallei belorvostani tanszékre *Schmidt A.* dr.-t nevezték ki. — *Voit* utódjává a müncheni egyetem élettani tanszékére aequo loco *Kries* (Freiburg), *Kassel* (Heidelberg) és *Frank* (Giessen) tanárokat hozták javaslatba.

**Congressus**. Április 6—9.-éig lesz Bécsben a 25. belorvostani congressus az egyetem épületében. Referatumul három tárgy van kitűzve, ú. m. 1. A női nem szervek viszonya a belső betegségekhez. Referensek: *Rosthorn* (Bécs) és *Lenhartz* (Hamburg). 2. A bélműködések újabb klinikai vizsgálatmódjai s ezek eredményei. Referens: *A. Schmidt* (Halle). 3. A syphilis pathológiájának és therapiájának jelenlegi állása. Referens: *Neisser* (Boroszló).

**Az orvosok száma a földkerekségén** a „Medical Record” szerint 218,234, a mely számból 162,234 Európára esik. Angliában 34,967, Németországban 22,518, Oroszországban 21,489, Franciaországban 20,348, Olaszországban 18,245, Ausztriában 12,041 orvos van.

A feregnyújtvány eltávolításának eszméjét *Fenwick* vetette fel 1884-ben s ugyanezen évben *Krönlein* már el is távolította a feregnyújtványt egy 17 éves fiatal emberből, a ki azonban a műtét végzésekor már megvolt általános hashártyalobban 3 nappal később meghalt. Az első sikeres feregnyújtvány-kiirtást *Morton* végezte 1887-ben.

**Járványtörvény** hozásán dolgoznak jelenleg Ausztriában *Weichselbaum*, *Jaksch* és *Hueppe* tanárok közreműködésével. A törvényben már szó van a német mintára alakítandó országos egésségügyi hivatalról, a melyet *Jaksch* kezdeményezésére legközelebb felállítanak.

## Vizgyógyintézet

a „Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, masszázs, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kíváncsiak prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László**. 2513

## Reiniger, Gebbert &amp; Schall

Budapest, VII., Rákóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

## JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14. 4327  
Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymodok.

**Orvosi laboratórium**: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika**. (Szövetség-utca 14—16.) Telefon sz. 90—46.

**Kopits Jenő dr.** testgyógyintézetét VIII., Gyöngygyűtő-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

**SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM** az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybetegek, alkoholisták, morfinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágosítással. Prospektus. Sörgöny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota. 4895

**Orvosi laboratórium**: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

**Dr. Gara Géza, Meran.** Sanatorium. Prospektus.

**Arányi Gasztáv dr.**, mint gyakorló fűrdőorvos rendelt **Karlsbadban**, Sprudelstrasse, „Goldene Helm” házában, április 20.-ától október 1.-éig; nevezetnek **Budapesti orvosi laboratóriuma** október elejétől, április 15.-éig van nyitva (IV., Koronaherceg-utca 18. I. em.). A laboratóriumban vegyi, gőrsővi és bakteriologiai vizsgálatok végezhetnek.

**Dr. WIDDER BERTALAN** operateur testgyógyintézet (orthopédia) intézete csont- és ízületi (tuberculosus, angolkóros, rheumás, elgöbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel: délelőtt 11—12-ig, délután 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. 4153  
SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**Tartalom.** Budapesti kir. Orvosegyesület. (VII. rendes tudományos ülés 1908. február 15.-én.) 150. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIV. évf. záró közgyűlés 1907 december 28.-án.) 150. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (VII. rendes ülés 1907 november 22.-én.) 151. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (XXIII. szakülés 1907 december 14.-én.) 153. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 153. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1908 február 15.-én.)

Elnök: Bókay Árpád. Jegyző: Kiss Gyula.

## Klinikai tanulmány a gonococcusról.

**Picker Rezső:** Előadásának első részében a heveny gonorrhoeával foglalkozik, a melynek gyógyulására, terjedésére oly példákat hoz fel, melyek a szabálynak elismert tantételektől és pontoktól sarkalatos eltéréseket mutatnak.

A második részben az idült kankóval foglalkozván, ezen állapotot tökéletlen természetes gyógyulásnak tartja, a melyet a húgyeső mirigyes függelékeinek sebészileg rossz ürülési és lefolyási viszonyai idéznek elő és tartanak fenn.

Klinice két osztályba sorozza az e bántalomban szenvedőket, a szerint vajjon a heveny szak lezajlása után még megmarad-e a betegséget jellemző kifolyás vagy sem (gonococcusoknak természetesen mindkét esetben kell lenniük) s az illető egyéneket „idült kankósok”-nak, illetve „idült gonococcusosok”-nak nevezi, a szerint, hogy bántalmuk klinikai tünetekkel jár-e vagy sem.

A gyógykezelés az előadó szerint a beteg góczok pontos helyi felderítése után rendszeres kiürítésükben kell hogy álljon; massage segítségével csak a természetes gyógyulást utánozza és segíti elő. Eredményei alapján a természetes gyógyulásnak három szakát különbözteti meg.

1. A gonococcusok mind a szabad nyálkahártyafelületre szállítottak vissza; ilyenkor az alkalmas kezelés az egész bántalomnak egy csapásra véget vethet. Az elülső húgyesőben tartózkodó baktériumokat átöblítéssel vagy instillatioval, a vese-medenczében levőket antisepsis kimosással vagy becepegtetéssel befolyásolja, a mi ilyen körülmények között csodákat művel. Ezen esetek többnyire igen régi keletűek, néha több évre terjednek vissza.

2. A heveny szak elmúltával a netalán létrejött lobos elváltozás legnagyobbbrészt visszafejlődik, a kórokozók rendszeren a mirigy hámlására, vagy már a mirigy belsejébe vannak kiválasztva. Ezen esetekben rövid egy-két heti massagekezelés elegendő, ha a hátulsó húgyeső mirigyes függelékeiben volt a retentiós gócz. Ha pedig az elülső húgyeső nagy mirigyeiben, akkor két-három tágitás és öblítés vezet célra. E fajta esetek 6 hónapnál idősebbek.

3. A heveny szak után igen erős beszűrődések maradhatnak vissza, ezeknek visszafejlődése és a közéjükben foglalt retentiós gócz végleges kiürítése 6, 8, 10, 12 heti massagekezelést igényel. Az idetartozó esetek igen kifejezett klinikai tünetekkel járt, erős heveny fertőzések után szoktak visszamaradni.

A topikus diagnoszt az alsó húgyutak idült gonorrhoeájában az öblítő és kinyomó módszer segítségével kifogástalanul lehet megtenni; mikroszkop használata föltétlen szükséges. Gyógyíthatatlan húgyivarszervi kankót férfiban még nem láttam. Mikroszkopos ellenőrzés mellett a gonococcusok leghosszabb lappangás-ideje egy esetben 14 nap, két esetben 10 nap volt; minden más esetben a kezelés abbahagyása után az esetleg még ott levő gonococcusok négy-hat napon belül a mikroszkopi készítményben megtalálhatók voltak.

## A hyphomykosis pedis (Madura-láb) kórképe.

Verebély Tibor: Eredeti közléseink során egész terjedelemben hoztuk.

## Közkórházi orvostársulat.

(XIV. évf. záró közgyűlés 1907 december 28.-án.)

Elnök: Genersich Antal. Jegyző: Török Béla.

Az elnök megnyitójában konstatálja, hogy a székesfőváros közkórházainak osztályai már évtizedek óta nemcsak a betegek ápolásával és gyógyításával foglalkoznak, hanem a szaktudományok művelése és az orvosképzés tekintetében is mindinkább fokozódó tevékenységgel működnek közre. A főorvosok mint egyetemi magán- és rendkívüli tanárok tanítanak, de az új szigorlati rend azon intézkedése folytán, hogy a fiatal orvosnak a gyakorlatra bocsátása előtt egy évi kórházi gyakorlatot kell felmutatnia, az összes főorvosok osztályai az orvosképzés műhelyévé váltak és így nemcsak a főorvosoknak, de az al- és segédorvosoknak s az externistáknak is az orvosképzésben számbavehető rész jutott.

A fiatal doktor azonban ne csak pár órát töltsön a kórházban, hanem minden idejét ott töltsse, minden orvosi szolgálatban vegyen részt, munkájában folyton ellenőriztessék, kórházi fegyelem alatt álljon, a mi csak úgy lehet, hogy minden kórház internatust létesít, melyben a fiatal orvosok lakást és ellátást nyernek.

E mellett szükséges a kézi könyvtár és az olvasó szoba, létesíttessenek és bővíttessenek a kórtani vizsgálatokra szükséges laboratoriumok is.

Drága és költséges az internatus és a könyvtár berendezése, de várható, hogy a székesfővárosi kórházak igazgatói, a városi tanács és képviselőtestület belátják ennek áldásos voltát és mert a fiatal doktorok a végzendő nagy munkában tevékeny részt vesznek, a kórházban maguk is szolgálatot vállalnak és ha szétmennek az országba, a kórház szellemében fejtenek ki hasznos működést.

Sajnálattal említi fel az orvosi kar óriási munkáját, melylyel nincs arányban a dotatio, sőt hányan dolgoznak éveken át ingyen csak azért, hogy anyaguk legyen az önképzésre.

Ezen állapoton javítani kell új, fizetési állások rendszerezésével. Akkor a Közkórházi orvostársulat eléri majd virágzását és megindul pezsgő életerővel az igazi tudományos kórházi élet, mint a Nyugat nagy kórházaiában.

Jelenti, hogy az igazgató-tanács elnökül *Elischer* Gyulát, alelnökül *Ángyán* Bélát választotta meg, a titkári teendőket pedig *Török* Bélára bízta.

*Török* Béla titkár jelentéséből kitűnik, hogy 15 szakülésen 33 tag 72 bemutatót és 3 tag 4 referáló előadást tartott.

*Laczkovics* Elemér pénztáros jelentése szerint bevétel volt 3144 korona 75 fillér, kiadás 1718 korona 16 fillér, pénztári maradvány 1426 korona 59 fillér.

Végül a választásokat ejtették meg. Üléselnökök lettek: *Oláh* Gusztáv és *Weiss* G. S. Külső titkár: *Körmöczy* Emil. Pénztáros: *Laczkovics* Elemér.

Új tagok: *Korányi* Frigyes, *Bálint* Rezső, *Kövesi* Géza, *Benel* Gyula, *Engel* Károly, *Kentzler* Gyula, *Balogh* Pál, *Fái* Mátyás Miklós, *Toldy* Loránt, *Kovács* József, *Hüttl* Tivadar, *Gutfreund* Ferencz, *Senger* Hugó, *Steiner* Gyula, *Botzenhardt* Ferencz, *Picker* Rezső, *Nyéky* Károly.

Végül *Salgó* Jakab tartotta meg előadását

„Kényszerképzetek és téveszmék” czímen.

A kényszerképzetek az épelméjűség és az elmezavar közötti határszéli tünet. Már *Esquirol* és később *Morel* foglalkozott ezen érdekes tünettél, de csak *Westphal* adta (1877) a szorosabb magyarázatát olyképen, hogy a kényszerképzetek érintetlen értelmiség mellett, érzés vagy indulatállapot által föl nem tételezve,



a betegnek akarata ellenére öntudatába nyomulnak és onnan ki nem szoríthatók. Ezen fölfogáshoz közel jár Magnan magyarázata. Falset szerint is a betegek teljes tudatában vannak a kényszerképzetek kóros természetének, melyek rendesen örökletesileg terhelteken periodice jelentkeznek; hozzájuk sohasem csatlakoznak hallucinációk, de tovább terjedve szorongási érzéseket okoznak, elmebetegségbe azonban sohasem mennek át. Friedenreich szerint a kényszerképzetek kóros volta nem tartalmukban, hanem intenzitásukban és tartamukban van. Szerinte a kényszerképzetek igenis átmehetnek téveszmékbe. Cramer szerint a kényszerképzetek az izompályák hallucinatorius izgalmaiból erednek. Freud pedig úgy magyarázza, hogy a kényszerképzet nem más, mint valamely erős affectus és valamely képzet egyesülése, melyben főtényező az affectus, mely mindig kínos. Szerinte a kényszerképzet kiindulása mindig egy sexuális természetű „kiszorított” képzet. Mindezen magyarázatok inkább csak körülírások, kivéve Freudét, mely azonban általános érvényességűnek nem mondható.

A kényszerképzetes állapotnak elfogulatlan vizsgálata mutatja, hogy bármilyen közömbös a kényszerképzet tartalma, a kínos szorongási érzés sohasem hiányzik belőle. Ez az anxietas egyik megkülönböztető jele a kóros tünetnek. A szorongási érzés szorosan összefügg az öntudat állapotával, a mennyiben az öntudat szűkülése minden körülmény között vele jár. Rendes állapotban az öntudat egy bizonyos képzetsoportnak egyre változó, hullámzó tömege. Exogen vagy endogen módon az öntudatnak ez az állapota változik olyképen, hogy az associatív folyamat megszűnik, hogy egy képzet vagy egy kis képzetsoport úgy szőlván mereven tölti be az öntudatot, úgy hogy más képzet föl sem emelkedhetik az öntudat magaslatáig. Exogen módon beáll az öntudatnak ez a szűkülése, ha valamely képzet vagy képzetsoport a vele kapcsolatos affectus folytán uralkodik és a rendes képzettársítást megakasztja. Endogen, azaz kóros viszonyok közt nem a képzet tartalma, hanem az öntudat változása idézi elő ezt az öntudat-szűkülést. Mind a két esetben azonban az anxietas érzése nem marad el.

Első sorban a szellemi kifáradás okozza a kényszerképzetes állapotot, mely kifáradás gyorsabban és könnyebben áll be az olyan egyénekben, a kiknek idegrendszere bármily okból kisebb ellentállóképességgel bír, tehát degeneráltakon, terhelteken, elgyöngülteken. De beáll ép idegrendszerű egyénekben is nagy és tartós idegrendszerbeli kimerüléskor, túlhajtott szellemi vagy testi megterhelés folytán, kimerítő testi betegségek vagy vérvesztések után. Az öntudatnak ez a kóros szűkülése megvan pl. a melancholiában is, a hol nem hiányzik a szorongási érzés sem. De itt hiányzik a kóros tünet helyes fölismerése, valamint hogy hiányzik ez a neurastheniás betegek hasonló tüneteiben is. Nagyon könnyen támadnak valóságos kényszerképzetek epilepsiásokban, a mi labilis öntudati állapotukkal függ össze.

Mindezek után a kényszerképzet nem egyéb, mint az öntudatnak endogen úton létrejött szűk volta, melynek kifelé való megnyilatkozása a szorongási érzés, az anxietas. A képzet tartalma teljesen közömbös. A tünet kóros természetével a beteg mindig tisztában van. Ezért a kényszerképzet nem tekinthető elmebetegségnek és ilyenné nem is változik át.

A degenerált vagy erősen disponált egyének kora ifjúságban jelentkező kényszerképzetes állapot prognosisa kedvezőtlen, mert az általános rendellenes szellemi fejlődésnek egyik tünete. Az erőteljes idegrendszerrel bírókban jelentkező kényszerképzetes állapot az idegrendszer erősödésével elmúlik.

## A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VII. rendes ülés 1907 november 22.-én.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Winternitz Arnold.

1. Lévai József pótlólag egy phosphornekrosis-esetet mutat be. B. Johanna, 26 éves, férjezett, ki 8 éves kora óta szívta magába a phosphorgőzöket, 1906. évi december havában bal

utolsó zápfogát kihúzatta, majd 1907 január havának végén utolsóelőtti zápfogát. Ezen idő óta bal alsó állkapcsa állandóan fáj. 1907 március 16.-án bal arcza hirtelen megdagadt. Több kórházban járt, de félt a műtétől, nem vettette fel magát. A bemutató a betegen felvételekor a következőket találta: az egész bal alsó állkapocs elhalt, erős szájbüz, az elhalt csont körüli csontláda és a diaphragma oris több helyen átlíkatott, a sipolyokon sok híg blüzs váladék ürül. Az elhalt alsó állkapocsot jórészen a szájon át, felhágó ágát az állkapocs angulusán jelen volt nagyobb nyíláson át távolítottam el, a már képződött csontládát lehetőleg érintetlenül hagyván. A seb jelenleg tisztán sarjadzik, a beteg, a ki előbb a legnagyobb fokban leromlott, lesaványodott, kevésvérű volt, lényegesen javult.

2. Lévai József: Előterjesztés a gyufagyári munkások egészségének védelme tárgyában. A sebészeti szakosztály 1907 november 8.-án tartott ülésének megbízásából ajánlja, hogy az orvosegyesület igazgató tanácsa útján a kereskedelemügyi minis-teriumhoz a következő tartalmú felterjesztést intézzék:

A phosphornekrosis neve alatt ismert betegséget Lévai vizsgálatai szerint valószínűen a csontok véreireiben a chronikus phosphormérgezés által előidézett kóros elváltozás hozza létre. A csontelhalásra az alkalmi okot a külső fertőzés, legtöbbször rossz fogak útján, adja meg. A csontokat elhalásra hajlamosító tévő elváltozás létrejöttéhez négy-öt évig phosphoros levegőben való rendszeres foglalkozás elegendő. Ha ezen kóros elváltozás létrejött, a munkás nem kerül el a csontelhalást, akkor sem, ha káros foglalkozását abbahagyja. A phosphornekrosis az ipari megbetegedések legveszedelmesebb fajtái közül való és évente a phosphoros gyufagyártással szorosan összefüggő következetes lassú mérgezéssel nyomorékká tesz vagy elpusztít számos munkást.

A phosphor kétféle úton jut a gyufagyári munkások szervezetébe. A phosphor már közönséges hőmérséken párákba megy át és így mindenütt, a hol feldolgozásra kerül, a levegőbe jut és ebből minden szellőzés ellenére annyit lélegez be a gyufagyári munkás, a mennyi elegendő az idült phosphormérgezés előidézésére. Ennek megakadályozására az 1898.-i belügyministeri rendeletben foglalt intézkedések nem alkalmasak. A gyufagyári munkás a száján át is kebelez be jelentékeny mennyiségű phosphort. Nemcsak a belehelt phosphorgőzök oldódnak fel a nyálban, hanem a gyufák gyütőmegéből részecskék tapadnak a munkások kezére.

A phosphorgőzöknek és -részecskéknek rendkívül tapadós volta hatástalaná tesz minden prophylaxisos védekezést. A phosphoros gyufák gyártásával járó veszély elhárítására az egyedüli biztos eszköz a sárga phosphor feldolgozásának eltiltása. A sárga phosphorral készült gyufákra a közönségnek semmi szüksége sincs, gyakran okoz gyúlékonyságával tüzkárt és a könnyelműen végbevitt öngyilkosságokhoz a legkényelmesebben megszerezhető eszköz. Közegészségi szempontból minden a phosphoros gyufák gyártásának eltiltása mellett szól. Lényeges akadály közgazdasági szempontból sem foroghat fenn a tilalom behozatala ellen, mert az európai államok sorban behozták a tilalmat.

Friedrich Vilmos: Már az 1851 június 7.-i üléséből Geiringer Károly akkori civilkommissáriushoz az orvosegyesület feliratot intézett, melyben a gyufagyártás körül felmerült javításokra és újításokra hivatkozott. A phosphor kérdésével azóta is többen foglalkoztak. Az orvosirodalomban is találjuk ennek nyomát, a mióta Lorinser Bécsben megindította a mozgalmat. Lumitzer, Ercsey Jenő, Réczey foglalkoztak e kérdéssel. 1881-ben Petz Gedeon tartott az orvosegyesületben a phosphor okozta csontbárágyuladásról előadást, s Rózsahegy-i indítványára bizottság küldetett ki, a minek eredménye lett a belügyministeri rendelet. De dacára e rendeletnek, dacára annak, hogy Petz szerint fogyasztanak a phosphornekrosisok, az én tapasztalatom szerint ezek szaporodnak. 1907 április hónapjában „A törvényes munkásvédelem magyarországi egyesülete”, melyek elnöke Sztérenyi József, felkért, hogy foglalkozzam a gyufagyári munkások kérdésével, mert a phosphor okozta megbetegedéseknél alig létezik súlyosabb mérgezés az iparban. Magyarországon a hivatalos statistika szerint 14 gyufagyárban dolgozik 2165 egyén. Nyolcz gyárban minden munkást megnéztem, van-e phosphor-betegsége, általában létezik-e úgynevezett phosphorismus. 8-10-12 éves gyermekek is dolgoznak, a munkások két harmadrésze nő: 2165 munkásból 1500.

A szabályrendelet szerint a phosphorral való dolgozásnak, a mártogatásnak, berakásnak elkülönített helyiségben kellene történnie, de ezt sok helyütt nem találtam meg, hanem egyik-másik helyen nyílt edényekben a munkásteremben készítik a phosphor-masszát, s a munkások belélegzik a phosphor-gőzöket. Egy gyárban a női munkások mellett ott



volt az ételes kosaruk, melyet átjárt a phosphorgőz és a melynek tartalmát ott a helyszínen, nem külön ebédlőben fogyasztották el.

Mennyi lehet a phosphornekrosis? Erre nálunk nem könnyű a válasz, mert míg Angliában a kérdőívek 70%-a visszaérkezik, addig nálunk csak 8–10% érkezik vissza. Én nyolcz gyárban 386 munkást vizsgáltam meg, olyanokat, kik közvetlenül érintkezésben vannak a phosphorral, s 37 volt beteg (10%) mindenféle stadiumban. Kórházi jelentésekből s magánértesüléseim szerint még 36, összesen 73 esetet szedtem össze. Visszaszámítva a munkáslétszámra, eddigi vizsgálataim szerint a munkásoknak legalább 20–22%-a beteg a phosphormérgezés folytán.

Lévai a phosphoros esonttörésekről beszélt. Láttam munkást, ki követ dobott el nagy erővel és esontja eltört, ugyanez egy seprőnyelet akart meghajlítani a térdén és lábszára tört el, tehát az összes esontjai törékenyek.

A mi a szájmosságokat illeti, az előírt kalium hypermanganicum nagy üvegekben megvan, de sok helyt pohár nincs hozzá. A gyári építkezés mindenütt rossz. A munkásvédelmi egyesület felterjesztést intézett a kereskedelmi ministeriumhoz a sárga phosphor eltöltése tárgyában és ha a szakosztály az orvosgyógyászati plenuma útján is támogatja e felterjesztést, nagy szolgálatot tesz a munkásságnak, mert nálunk még ipari megbetegedésnek sem akarják tekinteni, holott Svájcban a phosphornekrosis baleset.

Dollinger elnök propositioja alapján a szakosztály egyhangúlag elhatározza, hogy a gyufagyári munkások egészségének védelme tárgyában a szakosztály az egyesület igazgató tanácsának felterjesztést tesz és referensekül Lévai József szakosztályi tagot és Friedrich Vilmos egyesületi tagot kéri fel.

3. Schiller Károly: Kizárt sérv gyökeres műtete után támadt funiculus-torsio esete. Gyógyulás castratio után. Egy két nap óta kizárt jobb oldali vesezületett csepleszsérben szenvedő betegen a radikális sérvműtét utáni második napon éjjel két órakor fájdalmak támadtak, melyek a scrotumtól a here felé sugároztak ki. Reggel 8 órakor facies abdominalis, pulsus 80, gyakori hányásinger, egy ízben hányás, szelek, melyek addig akadálytalanul távoztak, nem mennek. 10 órakor pulsus 110, temperatura 37.6. A kötés levétele alkalmával a penis jobb oldala kékesen elszínesedett, a bőrök bőre megvastagodott, haemorrhagiásan infiltrált. A Michel kapesok eltávolítása után a varrat szétnyitattik. A funiculus ninesen összeszorítva, hanem az újonnan alkotott külső lágyékgyűrűtől lefelé 2 cm.-rel kezdődőleg körülbelül 270° csavarodása látható az ondósinórnak, ezenkívül a plexus pampiniformis venái két-három ujjnyi vastag feketés-kékes tömeget alkotnak, a here kékes-feketés színű és a mellékhere előre van fordulva, a here alsó polusa 90°-kal felemelve. Castratio. A beteg meggyógyult.

A funiculus-torsio nem tartozik a gyakori megbetegedések közé, eddig körülbelül 80 eset van az irodalomban leírva. A torsio létrejövetele ágyban fekvő betegeken igen ritka, eddig két ízben észlelték. Vesezületett sérvnek radikális műtete után való fellépése eddig még nincs leírva az irodalomban.

Borszék Károly: Kérde, vajon nem volt-e meg a lehetőség arra, hogy a funiculuson retorsiót végezzenek Réczey klinikáján egy esetben a torsio spontán jött létre és sikerülvén a retorsio, a herét meg lehetett tartani.

Schiller Károly: Két napos kizáródás állott már fenn és a plexus pampiniformis olyan duzzadt volt, hogy a retorsio ellenére is elhalt volna a here. Ezért indikálva volt a castratio.

4. Schiller Károly: Sérv ugyanazonoldali kettős sérv-tömlővel. K. A., 53 éves, kocsis, előadja, hogy baloldalt már előbb is volt kis sérve, mely két-három évig állott fenn és a mely két év óta semmi kellemetlenséget sem okozott neki, azóta sohasem jött ki. 1907 május 1-én ládaemelés közben mindkét lágyéktáján sérve fejlődött. A műtétet chloroform-narcosisban 1907 május 13-án végeztem Lévai főorvos úr osztályán. A jobb oldali sérv direct sérv volt. A baloldali szintén direct sérv volt, a sérvtömlő megnyitásakor annak belső fala meg volt vastagodva, miért is óvatosan szétpreparáltam és ekkor kitűnt, hogy ott egy külön, centrálisan oblitérált, 3.5 cm. hosszú, töleseralakú sérvtömlő van, mely a másik sérvtömlőtől befelé 1.5 centiméternyire kezdődik. Mindkét sérvtömlőt külön kötöttem le s az egész praeparatumot együtt vettem ki. A kétzsákú herniák nem tartoznak a gyakoriak közé. Allison közölt egy esetet 1900-ban, Borbély két esetet írt le a Gyógyászat 1900. évi 15. számában.

5. Schiller Károly: Carcinoma és tuberculosis együttes előfordulása metastatisos nyirokmirigyben. A carcinoma mam-

maeben szenvedő 60 éves nő regionaris hónalji nyirokmirigyében az eredeti tumorhoz hasonló, köbalakú polymorph hámszövetekből álló kissé vastagabb kötegek és csapok láthatók kevés sclerotizált kötőszövetű körülvéve. A mirigy lymphoid hyperplasiát mutat. A rákosan infiltrált helytől lymphoid hyperplasiát mutató mirigy-állománytól elválasztva típusos Schüppel-féle vegyes gümők láthatók. A gümők mellett helyenként csaknem a teljes elcsontosodásig fokozódó nekrobiosis góczok láthatók. Az eredeti tumor köbsejtes scirrhus volt a kötőszövet erős hyalin degeneratiojával. Nyirokmirigyben a carcinoma és tuberculosis együttes előfordulását feltűnő ritkán észlelték.

Verebély Tibor: Réczey klinikáján volt egy nő, ki úgyszólván két külön félből állott: egyik oldalon recidiváló carcinoma mellett carcinosis fejlődött ki a tüdőben és mirigyekben, a másik oldalon phthisis florida és sajtos peribronchiális mirigyek; a hasban carcinomák és tuberculosisos mirigyek, de külön-külön. A második típusban ugyanazon szervben, de nem vonatkozásban egymással, van a carcinoma és a tuberculosis. Így láttam egy tüdőben tuberculosisist és carcinoma alveolaret. Volt eset, melyben a carcinoma belenőtt a tuberculosisos nyirokmirigybe és elpusztította a tuberculosisist. A harmadik típus pedig az, mikor egy szervben látszólag oki összefüggésben van a tuberculosis és a carcinoma. Így egy bucca-lupusból lupus-sarkoma és lupus-carcinoma fejlődött ki a lupushám burjánzásából.

Schiller Károly: Van bizonyos antagonizmus a tuberculosis és a carcinoma között. Williamson esetében a tuberculosis acuta a carcinomát betegen visszafejlődött. Egy másik szerző esetében a tuberculosis miliaris hectikás lázai a carcinoma jelentkezése alkalmával elmaradtak.

6. Milkó Vilmos: Appendicitis utáni ileusnak műtéttel gyógyult esete. Az appendicitis egyik legsúlyosabb complicatioja az ileus, mely annak bármelyik szakában támadhat. A roham elején praevaleál a dinamikai ileus, míg a későbbi lefolyásban a mechanikai ileus különböző alakjai fordulhatnak elő. Az ileus legváltozatosabb alakjai általában jönnék létre, hogy a heveny lobos folyamat visszamaradt lobtermékei, a peritoneális adhaesiók, álszálagok stb. okoznak bélelzáródást. Ezen ú. n. adhaesiós ileus hosszú idővel, néha 8–10 évvel az appendicitis lezajlása után is támadhat. Gyakoribb olyan appendicitisek után, melyek súlyosabb peritoneális tünetekkel, nagy tályogképződéssel voltak komplikálva. Az ileus különben elég ritka complicatioja az appendicitisnek. Williams 1904-ig csak 86 esetet tudott összegyűjteni. A bemutatott eset 17 éves fiút illet, kit 1907 június havában vettek fel Herezel tanár Rókus-kórházi osztályára. A beteg 14 nap előtt heveny appendicitis tünetei között megbetegedett, fölvetelkor a hőmérsék 39, a pulsus 120, a hypogastrium elődomborodó, feszes, érzékeny. Per rectum nagy, hullámzó elődomborodás érezhető. A diagnosist appendicitisből eredő Douglas-tályogra téve, a tályogot a végbél felől megpungálták, mire 1 1/2 liter büzös geny ürült ki. Erre a beteg állapota annyira megjavult, hogy néhány nap múlva saját kérelmére hazabocsáttatott. Egy hét múlva újra beszállítják súlyos ileus-tünetekkel, bélsárhányással, mely állítólag három nap óta tart. A bemutató Herezel tanár megbízásából azonnal laparotomiát végzett. A bélelzáródás oka az alsó ileumkacsoknak nagyfokú összenövésük által okozott többszörös megtörésén kívül az volt, hogy az egyik kacs mesenteriuma a processus vermiformis tövéhez volt fixálva s ezen rögzítési pont körül 180° tengelycsavarodást szenvedett. Az összenövés megoldása s a bélkacs retorsioja után a passage helyreállott. Az egész hosszában összenőtt és csúcsán perforált 12 cm. hosszú féregnyúlvány kiirtatott. A beteg a műtét után még három napig nagyfokú collapsusban volt, a negyedik naptól kezdve rohamosan javult s a 14. napon teljesen gyógyultan bocsáttatott el. Azóta állandóan jól érzi magát.

A bemutató az ilyen adhaesiós ileusok operálására vonatkozólag szabályként állítja fel azt, hogy 1. a processus vermiformis, mint az adhaesió gyuladása kiinduló pontja, lehetőleg minden esetben eltávolítandó, 2. ha a beteg állapota nagyon súlyos, úgy, hogy nagyobb beavatkozást nem bír el, akkor egyelőre meg kell elégedni az enterostomiával. Később, ha az erőbeli állapot javul, s az ileus-tünetek elmúltak, radikális műtét végzendő, mely abban áll, hogy az összenövés megoldásával, a lenőtt bélkacsok felszabadításával helyreállítjuk a passaget. Ha azonban az összenövés nagyon régiek, szívósak s előreláthatólag meg nem oldhatók, ezélszerűbb entero-enteroanastomosist készíteni.

Hozzászól: Winternitz Arnold, Rosenák Miksa és Verebély Tibor.



7. Winternitz M. Arnold: Rendkívüli nagyságú inguino-praeperitoneális hydrocele operált esete. A processus vaginalis peritonei záródási zavarából kifolyólag az inguinális csatorna mentén zárt tömlő- vagy sérvzsák-képződések gyakoriak. A szerint, hogy az elzáródás a heréhez közelebb vagy magasabban történik, jönnek létre a különböző nagyságú, az inguinális csatornába felterjedő ún. n. hydrocele funiculik. Ezek rendszerint a belső nyílás magasságában végződnek, de előfordulnak az inguinális csatornában oly tömlőképződések is, amelyek a belső nyíláson túl a hasüreg felé folytatódnak, ún. n. bilocularis hydrocele. Ezek homokóraalakú, tiszta vagy véres savóval telt tömlők, melyeknek egyik fele az inguinális csatornán kívül a scrotumban, másik fele extraperitonealiter a hasüregben fekszik, a két tömlőfelet pedig az inguinális csatornában elterülő keskenyebb rész köti össze. A hasüregbeli rész kezdetben a belső nyílás mögött a csípőtányér helyét foglalja el, további növekedésében azonban medián felé az első hasfal mögött a hólyagot lenyomva a túl oldalra is folytatódhatik és az egész alhasat kitöltheti. Egy ilyen esetet mutat be: 4 éves fiún 4 hónap óta daganat mutatkozik az inguinális tájon, a képlet funiculáris hydrocele, mely az alhasat a köldökig kitölti, kétoldalt pedig félhold alakúlag az egyik vesetájától a másikig húzódó tömlővel áll összeköttetésben. Mivel a punctiótól és jodbefecskendezéstől eredmény nem várható, a bemutató a tömlő kiirtását tervezte. A bal lágyékesatornában és a herefélben fekvő részletet herniotomia módjára kifejtette a lágyékesatornából. A hasüregbeli részlet eltávolítása miatt medián laparotomiát végzett. A hasüregbeli tömlőrész egész terjedelmében praeperitoneálisan feküdt, a hólyagot, mely vele erősen össze volt nőve, le- és jobb felé tolt. A tömlő tartalmának kibocsátása után annak jobboldali felét ki lehetett irtani, a bal vesetájra húzódó zúgot, valamint a le, a kismedenczébe terjedő részletet kiirtani azonban nem sikerült. Ezen benmaradt részletek záródását azonban drainezés és tamponálás útján sikerült elérni.

## Erdélyi Muzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(XXIII. szakülés 1907 december 14.-én.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

(Vége.)

2. Gyergyai: Tápszer-növényrostok betokolódásától előidézett hashártyapseudotuberculosis és pylorusstenosis esetét mutatja be. 40 éves napszámoson Makara tanár pyloruszűkület miatt gastroenterostomia retrocolica posteriori végzett a szokott módon. A laparotomia végzésekor kitűnt, hogy szinte az egész colon transversum feletti ún. n. supraomentális hashártyafelületen laza alszalagok között köles-rizsszemnyi, fehéres, tömöttebb, plaque-szerűleg kiemelkedő szemesék mutatkoztak. A szövettani vizsgálat ezéjéből eltávolított két szemesét kötőszövetbe, fibroblastok és óriássejtek közé betolakodott buza- és rozsmagburokrészletek alkották. A tápsatornából a szabad hasüregbe ez az anyag alkalmasint ulcus pepticum révén létrejött átfúródáson át került, mely azonban csakhamar újból záródott.

Hozzászól: Sándor István, Makara Lajos.

3. Elfer Aladár: Meningitis cerebrospinalis epidemica esetét mutatja be.

4. Péterfi Tibor: 2.5 mm. hosszú ember-embryót mutat be.

## Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A syphilis serodiagnosisának új módját ismertette Porges a „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien” január 31.-én tartott ülésén. Az eljárás azon tényen alapszik, hogy syphilises egyének vérsavója a lecithint colloidalis-oldatból kicsapja. 20/00-s vizes lecithin-suspensiót készítenek s ezt ugyanannyi vérsavóval összekeverve, 5 óráig 37°-on, 20 óráig pedig szobahőmérséken tartjuk. Ilyenkor csakis az esetben

mutatkozik csapadékképződés, ha a vizsgált vérsavó syphilises egyénből eredt.

A gümőkór gyógyításáról paratoxinnal tartott előadást Lemoine és Gérard (Lille) a párisi „Académie de médecine” egyik nemrégiben lefolyt ülésén. Abból indultak ki, hogy az epének, az epesavaknak és a cholesterolnek határozott antitoxikus hatása van. Ennek alapján kísérleteket végeztek, hogy a cholesterolnak és az epe kivonatoknak nincs-e immunizáló hatásuk a gümőkórral szemben. Az állatkísérletek kedvező eredménye után az epéből előállított anyaggal, a melyet paratoxinnak neveztek el, gümőkóros embereken tettek kísérleteket és azt találták, hogy a betegségnek első és második szakában az általános állapot javult, az éjjeli izzadás és a láz csökkent, az érverés száma megkevesebedett, a véróeres nyomás fokozódott, az étvágy visszatért s a testsúly gyarapodott; a munkásbetegek 2-3 hónap alatt újból megkezdheték foglalkozásukat; nagyon előrehaladt esetekben csak mérsékelt volt a javulás. A mi a paratoxin használatának módját illeti, legjobb a bőr alá fecskendezés, a mely teljesen fájdalomtalan és mérgeztől mentes nem okoz. Gégegümőkór eseteiben intralaryngeális befecskendezésekre mindig rövid idő alatt javulás áll be. A hasmenés, még a hectikás szakban is, tetemesen javulni szokott a paratoxinnak a szájon át használata után.

## PÁLYÁZATOK.

445/908. eln. sz.

A pécsvárosi közkórháznál megüresedett és 1200 korona fizetés, 400 kor. lakpénz és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott egy másodorvosi állásra czennel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudorokat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz.-ben előírt minősítési eljárástól és méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához czimzett pályázati kérvényeiket nálam legkésőbb f. évi márczius hó 10.-éig nyújtsák be.

Pécs, 1908. évi február hó 22.-én.

Kórházigazgató.

57/908. sz.

A gyergyószentmiklósi nyilvános jellegű megyei kórháznál lemondás folytán megüresedett, élethossziglani kinevezéssel járó rendelőorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Ezen állás 2000 korona évi fizetéssel, két szobából álló butorozott lakással, fűtés és világítás élvezetével javadalmazatik.

Felhívom a pályázni óhajtó, legalább két évi gyakorlatot kimutatni tudó orvosdoktorokat, hogy szabályszerűen felszerelt — Csik vármegye főispánjához czimzett — kérvényeiket f. évi márczius hó 10.-éig alantírt igazgatóhoz küldjék be.

Gyergyószentmiklós, 1908. évi február hó 10.-én.

3-3

Dobribán Antal dr., kórházi igazgató.

A szekszárdi „Ferencz-kórház”-ban egy alorvosi állás megüresedvén, felhívom az arra pályázni óhajtókat, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványukat f. évi márczius hó 5.-éig méltóságos gróf Apponyi Géza főispán úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimelve, alulírott kórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az alorvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtéssel és világítással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok pályázhatnak.

Az itt elöltött orvosi szolgálat a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámíttatik.

Szekszárd, 1908. évi február hó 19.-én.

2-2

Tanárky Árpád dr., igazgató-főorvos.

19/908. ig. sz.

A vezetésem alatti m. kir. állami kórház két másodorvosi állására a nagym. m. kir. belügyministerium 12.763/908. számú rendelete alapján, pályázatot hirdetek.

Az állás elnyeréséhez szükséges az egyetemi orvostudori oklevél. A mennyiben oklevéllel bíró nem jelentkezik, egyik állásra nyerhet ideiglenes kinevezést egy évi orvosi szolgálatra kötelezett is.

Az állással járó javadalmazás:

1. 1200 korona fizetés,
2. lakás, fűtés, világítás és első osztályú élelmezés.

A másodorvos köteles a kórházban lakni és szolgálatát a szolgálati szabályzat értelmében pontosan teljesíteni.

A kinevezés két évre történik, esetleg két év múlva meghosszabbítható. Pályázati kérvények (kellőleg felszerelve) a belügyministeriumhoz czimzendők és alulírott adandók be, honnan hármassal jelöléssel lesznek a nagyméltóságú m. kir. belügyministeriumhoz felterjesztve.

A pályázat lejárati ideje 1908. évi márczius hó 15.

Marosvásárhely, 1908. évi február hó 10.-én.

3-3

Kozma Jenő dr., igazgató.



Az üresedésben lévő Kis-Küküllő vármegye hosszúaszói járásához tartozó bolkáci községi orvosi állásra 3689/907 sz. alatt hasontárgyban kibocsátott pályázati hirdetmény eredménytelensége folytán újolag pályázatot hirdetnek.

1. Ezen községi orvosi állás (a dsztmártoni m. kir. adóhivataltól előleges havi részletekben felvehető) 1600 korona törzsfizetéssel, 100 korona ötödéves pótlékkal van javadalmazva, s egyszersmind nyugdíjogosultsággal is egybekötve. Az ötödéves pótlék is beszámíttatik a nyugdíjba.

2. Továbbá a község az orvosnak természetbeni lakást, 4 öl hasított és 2 öl vesszőtűzfát ad a házhoz szállítva, melynek el lenében köteles az orvos a halottkémlést és hússzemetlét ingyen teljesíteni.

3. Látogatási díjjal éjjel-nappal a beteg lakásán 1 korona van megállapítva, az orvos lakásán végzett rendelésért pedig 60 fillér, s végül műtétbeavatkozásoknál az 1900. évi 135.000. sz. B. M. rendelettel kiadott szabályzat IV. fokozatában megállapított díjak szelhetők. Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. § a és illetve az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi márczius hó 1-éig hozzám nyújtásba.

A választás 1908. évi márczius hó 9-én fog Bolkács községnek községi írodájában megejtenni.

Hosszúaszó, 1908. évi január hó 29-én.

3-3

Fazakas Géza, főszolgabíró.

609/908. sz.

Gyoma nagyközségben megüresedett egyik községi orvosi állásra pályázatot nyitok. Az állás javadalmazása 1200 korona évi készpénzfizetés, látogatási díjak nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 20 fillér a község belterületén és a kertekben. A község külterületén nappal 2 korona, éjjel 4 korona. Az orvos lakásán betegvizsgálati díj vénnyírással 40 fillér. Halottkémlésért és a szegények gyógykezeléséért díj nem jár.

Felhívom az állást elnyerni óhajtó orvos urakat, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában megjelölt elméleti és gyakorlati képzettségüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám f. évi márczius hó 20.-ig beadni szíveskedjenek.

Gyoma, 1908. évi február hó 22.-én.

2-1

Rohoska, főszolgabíró.

## HIRDETÉSEK.

 A Bór és Lithion tartalmú  
GYÓGYFORRÁS

# SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik  
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és  
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

**Húgyhajtó hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipőczy Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

**„GUAJATIN JENCS“**

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 1% 0.50% Extr. Thym. és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyulladásoknál, nemkülönböztetve typhusos tüdőinfiltrációknál.

Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője **JENCS VILMOS** gyógyszerész,  
3748 Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

**LASSNITZHÖHE** Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbeteg és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyszerkész, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosítás szívesen szolgál a kezelésig.

2880 Prospektusok díjmentesen.

Daczára f. év január 17-én történt tűzkárnak a rendes üzem fentartatik.

4931

## Otthon előállítható.

**Kefir**

Ezen a táplálkozás fokozására és testsúly gyarapítására szolgáló kiváló szer (Phthisis, Chlorosis, neurasthenia, reconalescentia) praeparált (nyers kaukázusi kefirből előállított) kefirfermentum segítségével minden háztartásban és minden évszakban kényelmesen és jól készíthető. Szétküldés használati utasítással „Tatár” védjegy alatt történik; 4-6 héten keresztül naponta 1 liter kefir előállítására elegendő mennyiség ára 4 márká, bérmentve 4.20 márká. Prospektus díjmentesen.

**Dr. M. LEHMANN, Berlin C.**  
Heiligegeiststrasse 43/44.

 Védjegy.

 **Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben**

Természetes forró-meleg kénforrások. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, vizgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás **Csúsz, köszvény, ideg-, borbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága, Budapest-Budán.** 5043

Mint „természetes vastáplálék”  
javalt és bevált

**anaemia, chlorosis, általános testi gyengeség és a reconva-lescentia** esetében a

# Ferratosse

(Liquor Ferratini)

0.3% szervesen kötött, könnyen felszívódó vastartalommal.

250 gm.-os eredeti üveg ára 3.20 kor., betegsegélyzőpénztári csomagolásban 2.75 kor.

Adag: 3-4 evőkanállal naponta, gyermekeknek megfelelően kevesebb.

**C. F. Boehringer & Soehne**  
Mannheim-Waldhof

Irodalom és minta az orvos uraknak díjmentesen.

**SYR.HYPOPHOSPHIT.COMP.D<sup>r</sup>EGGER**

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.  
Kapható minden gyógyszerárban.

4559

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

# LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hógyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSEK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

**Mellékletei:** SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartz Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Csiky József: Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem idegklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár) A hypotonia méréséről. 154. lap.

Lenkei Vilmos Dani: A napfürdő hatása a test hőmérsékére. 157. lap.

Királyfi Géza: Közlés az I. számú belorvostani klinikáról. Igazgató: Korányi Frigyes, egyetemi tanár. A klinikai és kórbonecolástani diagnózis. 156. lap.

Tárca. Kammer Manó: Sebkezelés és sebészeti eljárások a Bier-féle berlini egyetemi sebkezelőintézetben. 161. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. A. v. Korányi és P. F. Richter: Physikalische Chemie und Medizin. — Lapszemle. Belorvostan. Witte: A Salomon-féle eljárás értéke a gyomorrák kórjelzésében. — Niedner: Pneumothorax gyógyítása. — Crispolti: A signum angulo-scapulare Bacelli. — Idegkórtan. Strümpell: A tabes, a szív- és az érbajok összefüggése. — Sebészet. Oraison: A prostata nem gúnszerű természetű tályogjának pathogenesise és gyógykezelése. — Soave: A jobb szívkamara szírt sebének szerencsésen sikerült varrása. — Macholl:

A hátulsó könyökízcsumodásnak a myositis ossificans traumaticához való viszonya. — Szülészeti és nőorvostan. Ed. Martin: A gyermekágyasok korai felkelése. — Orthmann: Vaginális vagy abdominális úton operáljunk-e a tubáris terhesség első hónapjaiban? — Gyermekorvostan. Emmerich és Loew: A diphtheria gyógyítása pyocyanaseval. — Schick: A csecsemők physiologiás körömvonala. — Fülörvostan. N. Ith. Blegvad: A hivatásos telephonozás hatása a szervezetre, különös tekintettel a hallószervre. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Herff: Terhesek hanyása. — Kuhn: A kevésvérűség gyógyítása. — Kassel: Szer orrvérzés eseteiben. 162-166. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 167. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 167. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 168-174. lap.

Melléklet. F. Hoffmann-La Roche & Cie cég „Thigenol-Roche“ készítménye. — Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. cég „Gyógyszer-újdonságok“ című prospectusa. — Goedecke és társa cég Leipzig „Arhovin és Pyrenol“ készítménye.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti kir. magy. tudományegyetem idegklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. ny. r. tanár.)

### A hypotonia méréséről.

Irta: Csiky József dr.

A tabes számos tünete között van néhány, melyet ezen betegség korai diagnózis megállapításakor tekintetbe kell venni. Ily tünetek különösen a lancináló fájdalmak a lábokban, a szemizombénulások, a reflexes pupillamerevség, néha érzés- és hólyagzavarok, melyek már egyenként is az orvos figyelmét a tabesre irányítják. Az ilyen esetekben, ha egyes tünetek daczára biztos diagnózist megállapítani nem tudunk, így pl. lancináló fájdalmakon kívül egyéb tünetet nem találunk, kíváncsiak, hogy oly tünetet ismerjünk, mely már a betegség kezdeti szakában eléggé állandóan megvan s pontosan kimutatva biztos támaszul szolgál a diagnosis felállításához. Ily tünet a hypotonia, a melynek a meghatározási módjával foglalkoztam.

Frenkel volt az első, ki könyvében: „Die Behandlung der tabischen Ataxie“ a tabes diagnózist már oly esetekben is jogosnak tartja, a melyekben csak hypotonia van jelen; véleményem szerint a biztos hypotonia erre feljogosít, mert, a mint azt Frenkel is említi, a tabes és egyes hereditásos bajok kivételével a hypotonia semmiféle betegségben sem fordul elő. Itt persze el kell tekinteni attól a physiologiás állapottól, midőn némely egyénen foglalkozásából kiindulólág van hypotonia, például ballerínákon, kötél-táncosokon, néha még tornászokon is. 1896-ban megjelent dolgozatában: „Über Muskelschlaffheit (Hypotonie) bei Tabes dorsalis“ Frenkel a hypotoniát és az ataxiát egy okból származtatja, tudniillik a mélyérzés és izomérzés csökkenéséből. Ilyen módon ugyanis az izmok tonusa csökkenne s ebből kifolyólag nyújthatóságuk is nagyobbá válnék, mint a milyen az egészséges egyéneken lenni szokott. Hogy a hypotonia és az ataxia

között ilyen összefüggés nem mutatható ki, kitűnik Jendrassiknak 1896-ban: „Adat az izomtonus tanához“ című dolgozatában közölt méréseiből; ő ugyanis számos esetben, bár igen nagy volt a hypotonia, ataxiát mégsem észlelt és ellenkezőképpen nagy ataxiát hypotonia nélkül is talált. Frenkel csak az izmok tonuscsökkenésében keresi a hypotonia okát; valószínű azonban, hogy ezen tünet létrejöttékor valamint az izmok tonusa ismeretlen okból csökken, hasonlóképpen a megfelelő szalagok is ugyanazon okból meglazulnak. Ezt azonban határozottan bizonyítani nem lehet, ha csak nem azon észleletünkkel, hogy némely tabesben szenvedő egyénen a térdizületben passiv mozgatkör feltűnő nagy oldalmozgás lehetséges, a nélkül, hogy arthropathiának akármilyen tünete is volna.

Jendrassik s később Frenkel is rámutatott arra, hogy a hypotonia jelen lehet, ha kis fokban is, már a tabes kezdeti szakában s hogy a tünet ilyenkor oly gyakori, hogy a diagnosis megállapítására már korán fel lehet használni. Strümpell is megemlíti legújabb dolgozatában: „Über die Vereinigung der Tabes dorsalis mit Erkrankungen des Herzens und der Gefässe“, hogy a mikor a tabes kezdetét a pupillamerevségből és reflexhiányból észreveszszük, a hypotonia gyakran kimutatható már olyankor, a mikor az ataxiának még nyoma sincs.

A kezdődő hypotonia felismerésére az eddigi szokásban levő eljárás nem elegendő. A használatos eljárás a következő: a hanyattfekvő vizsgálandó egyénnek térdben kifeszített alsó végtagját annyira emeljük, a mennyire nagyobb fájdalom és ellenállás nélkül lehetséges. A felemelhetőség nagyságából azután következtetünk arra, hogy az illető esetben van-e hypotoniája a betegnek. Hogy ez a módszer alig felel meg a követelményeknek, nyilvánvaló, mert ezen eljárásban teljesen a szemmértékünkre vagyunk utalva, mely a kisfokú hypotonia megismerésére nem elegendő; a mellett még az alsó végtag felemelése különösen nőkön sok nehézségre ütközik s a beteg még hypotonia jelenléte esetén is izmait annyira megfeszítheti s a mozgással szemben oly lényeges ellenállást fejthet ki, hogy az alsó végtag felemelhetősége erősen csökken.



Azért szükséges a hypotonia meghatározására oly eljárás, melyet elég egyszerűen és könnyen alkalmazhatunk, a nélkül, hogy a betegnek nagy terhére lenne s a melylyel egyszersmind a hypotoniát pontosabban, esetleg számokkal lehet kifejezni. Az izomtonusnak számokon alapuló mérését 1896-ban Jendrassik fent említett dolgozatában már végezte. Ő ugyanis azt a szöveget mérte le, a melyet a törzs a térdben kifeszített s ad maximum közelített lábszárral bezár. De minthogy ezen mozgáskor az alsó végtaggal együtt a medence is mozog, ezt a mozgást is egy szöglettel fejezte ki, melyet azután az első eredményből levont. Bármilyen pontosak is legyenek ezen eredmények, az eljárás gyakorlati használatra mégsem elég egyszerű és könnyen alkalmazható.

Egyszerűbb eljárást keresve arra törekedtem, hogy mennél több hypotoniás izmot illetve ízületet tudjak egyszerre mérni; ilyen módon a különbség annál kifejezettebb volna az ép és csökkent tonus között. Ezen célra legalkalmasabbnak látszottak a térdizület illetve a csomb feszítő izmai és valamennyi hátizom. Ha kifeszített térdek mellett derékban előre hajlok, akkor különösen a két ízületet átfogó m. biceps femoris hosszú feje, a m. semitendinosus és semimembranosus azok, melyek ezen mozgás közben erősen megnyúlnak; csak másodszorban jönnek tekintetbe a mm. glutei. A gerincoszlop előre hajlíthatósága pedig függ valamennyi hátizom tonusától. A tengely, mely körül a medence az előre hajlás közben forog, a csípőizületen, a femur fején megy keresztül. Ennek a forgástengelynek az irányába esik s külsőleg könnyen kitapintható a trochanter majus legfelső csúsa. Hátra- és előre hajlás közben a trochanter mindig egy magasságban marad és kövérebb egyéneken is könnyen kitapintható, ha az ellenkező oldalra hajoltatjuk. A törzsök ezen tengely körül végzett mozgásának terjedelme függ a fent említett izmok tonusától. Fokozott tonusban ezen mozgás kisebb, csökkent tonusban nagyobb. Hasonlóképpen van ez a gerincoszlop mozgathatóságával is: mentől jobban csökkent a tonus a hátizmokban, annál erősebb lesz a gerincoszlop hajlíthatósága. Ha most a gerincoszlopon oly pontot veszünk fel, mely a tengelytől elég messze fekszik s ennek mozgását valamiképpen meg tudjuk határozni, akkor nemesak a csomb izmairól, hanem a hátizmok tonusáról is nyerünk felvilágosítást. Erre legalkalmasabb pont az igen könnyen kitapintható vertebra prominens.

Először meghatározom a trochanter majus legfelső pontjának a magasságát kifeszített lábszárak mellett, esetleg mérsékeltlen előre hajlott testtartással, utána pedig a vertebra prominens magasságát akkor, mikor a beteg kifeszített térdekkel állva, annyira hajol derékban előre, a mennyire térdhajlítás nélkül bírja. Ha a trochanter magasságából a vertebra prominens magasságát levonjuk, a nyert számokból az izmok tonusáról felvilágosítást nyerünk. Ezen érték azonban nemesak a két magasságtól függ, hanem a trochanter és vertebra prominens egymástól való távolságától is, s ennek nagyobbodásával a talált érték is nagyobbodik, a nélkül, hogy a hajlás-szögnek változni kellene. Kutatva ezen hibaforrás befolyását a fenti értékre, arra jutottam, hogy az ebből származó hiba oly csekély, hogy egész bátran elhanyagolható. Abban az esetben pedig, ha teljesen pontos összehasonlító méréseket akarunk végezni, a mérést úgy végezzük, hogy a gerincoszlopon mindig a trochantertől meghatározott távolságban, például 50 cm.-re fekvő pont mozgását határozzuk meg. Nagyobb különbséget a két eljárással nyert számok között azonban nem találtam.

A mérés könnyű keresztülvitele végett egy kis kereszt-lábra centiméterekre beosztott 120 cm. magas léczet erősítettem, a melyen egy másik könnyen mozgatható, körülbelül 20 cm. hosszú vízszintes kar van. Ezen mérőlécz egyszerűségénél fogva könnyen a beteg mellé állítható s az eltolható karral először a trochanter, majd a vertebra prominens magasságát mérem meg.

Ezzel az eljárással megvizsgáltam 150 egyént, kik közül 50-nek tabese volt, míg a többi egyéb bajokban szenvedett vagy egészséges volt. Ha a trochanter majus magasabban feküdt, mint a vertebra prominens, akkor az eredmény + jellel van jelölve, fordított esetben — jellel. Méréseim eredményét a következő táblázatban állítottam össze:

## 1. Egészségeseken és nem tabeses betegeken végzett mérések.

Sorszám	Név, nem	Kor	Diagnosis	Trochanter majus	Vertebra prominens	Kettő közti különbség
1.	R. J. nő	22	Sine morbo	84	88	-4
2.	M. B. férfi	44	Hemiplegia	93	97	-4
3.	A. H. "	58	Scler. polyins.	90	104	-14
4.	O. J. "	37	Hemiplegia	96	100	-4
5.	A. J. "	34	Epilepsia	96	100	-4
6.	M. J. "	35	Sine morbo	72	72	0
7.	B. J. "	21	Hemiplegia	96	94	2
8.	T. J. "	32	"	91	88	3
9.	V. A. nő	18	Facialisbénulás	86	80	6
10.	R. M. "	28	Neurasthenia	80	77	3
11.	K. M. "	26	"	92	84	8
12.	B. J. férfi	26	"	96	107	-11
13.	K. J. "	31	Tuberculosis	96	90	6
14.	W. J. "	43	Sine morbo	87	96	-9
15.	L. S. "	26	Paralysis n. rad.	91	95	-4
16.	T. J. "	40	Plexusbénulás	104	109	-5
17.	S. J. "	24	Aphasia	86	90	-4
18.	K. K. nő	"	Sine morbo	89	80	9
19.	H. J. férfi	29	"	89	83	6
20.	Sch. R. "	22	"	91	93	-2
21.	G. H. "	27	Hysteria	88	85	3
22.	Str. M. "	33	Neurasthenia	87	92	-6
23.	M. J. "	23	Facialisbénulás	107	102	5
24.	A. A. "	19	Epilepsia	91	90	1
25.	D. G. "	42	Neurasthenia	100	109	-9
26.	Sch. M. "	42	"	87	83	4
27.	Sz. S. "	24	Epilepsia	84	85	-1
28.	Sz. F. "	18	Neurasthenia	93	93	0
29.	J. N. nő	37	"	83	80	3
30.	L. J. férfi	61	Arteriosclerosis	88	82	6
31.	N. A. nő	24	Neurasthenia	79	80	-1
32.	Dr. L. férfi	28	Sine morbo	89	97	-8
33.	Dr. E. "	28	"	89	96	-7
34.	Dr. C. "	25	"	102	118	-16
35.	Sch. M. "	54	"	85	104	-19
36.	G. F. nő	38	Paralysis n. abducentis	77	65	12
37.	G. L. férfi	15	Paralysis n. ulnaris	89	83	6
38.	Cs. J. "	42	Paralysis agitans	88	97	-9
39.	K. J. "	43	Neurasthenia	94	87	7
40.	B. M. nő	18	Hysteria	78	79	-1
41.	K. G. férfi	25	Neurasthenia	91	93	-2
42.	K. J. "	24	"	89	93	-4
43.	T. F. "	22	Syringomyelia	86	89	-3
44.	S. V. nő	34	Epilepsia	86	84	2
45.	H. J. férfi	46	Rheumatismus chronica	92	92	0
46.	V. R. nő	15	Epilepsia	86	78	8
47.	V. J. "	44	Polyarthrititis	82	74	8
48.	D. M. nő	36	"	80	73	7
49.	R. F. férfi	24	Neurasthenia	85	92	-7
50.	V. Gy. "	33	"	83	90	-7
51.	F. J. "	42	Aneurysma	80	93	-13
52.	R. J. "	29	"	89	101	-12
53.	S. J. férfi	55	Emphysema	87	85	2
54.	Ty. J. "	35	Neurasthenia	95	88	7
55.	F. A. nő	33	"	85	89	-4
56.	N. M. férfi	21	"	85	78	7
57.	R. J. "	25	Rheumatismus	95	93	2
58.	W. M. "	19	Neurasthenia	92	94	-2
59.	D. A. "	20	"	92	90	2
60.	Zs. Z. nő	44	"	83	80	3
61.	K. M. "	45	"	80	76	4
62.	P. J. nő	45	"	80	72	8
63.	M. C. férfi	30	Epilepsia	90	82	8
64.	Z. F. "	16	"	95	87	8
65.	Sch. M. "	30	Spast. paraplegia	90	107	-17
66.	K. K. nő	20	Epilepsia	80	77	3
67.	P. K. férfi	57	Arteriosclerosis	90	103	-13
68.	K. T. nő	57	Facialisbénulás	82	80	2
69.	St. J. férfi	66	"	94	104	-10
70.	Z. F. "	37	Paralysis n. abducentis	76	64	12
71.	B. L. "	24	Neurasthenia	90	95	-5
72.	G. A. "	23	"	87	80	7
73.	Sz. A. "	26	"	97	108	-11
74.	Sch. M. "	54	Vitium cordis	86	105	-19
75.	P. J. nő	21	Neurasthenia	84	82	2
76.	G. L. "	24	"	81	81	0
77.	B. K. férfi	35	Hemiplegia	81	83	-2
78.	K. G. "	22	Jackson-epilepsia	86	107	-21
79.	K. L. "	19	Myasthenia	90	108	-18
80.	L. J. "	24	Hemiplegia	81	94	-13



Sorszám	Név, nem	Kor	Diagnosis	Trochanter majus	Vertebra prominens	Kettő közötti különbség
81.	Dr. H. "	42	Hemiplegia	92	105	—13
82.	Sz. A. "	28	Aphasia	78	81	—3
83.	J. R. nő	20	Sine morbo	79	89	—10
84.	J. M. "	28	Vitium cordis	86	89	—3
85.	N. A. "	24	Neurasthenia	79	86	—7
86.	G. R. "	18	Hysteria	79	82	—3
87.	Th. R. "	29	Scler. polyinsul.	79	85	—6
88.	S. E. "	19	Syringomyelia	80	72	8
89.	P. M. "	15	Chorea	81	78	3
90.	P. O. "	18	Hysteria	77	72	5
91.	K. K. "	33	Neurasthenia	80	84	—4
92.	N. J. "	36	"	82	75	7
93.	B. M. férfi	59	"	92	104	—6
94.	R. R. "	38	Lues	95	103	—8
95.	L. J. nő	42	Vitium cordis	92	96	—4
96.	P. K. férfi	38	Neurasthenia	88	86	2
97.	K. T. nő	28	Ren migrans	92	84	8
98.	B. O. férfi	35	Neurasthenia	87	86	1
99.	Sz. A. "	25	"	92	89	3
100.	G. F. "	29	Epilepsia	90	93	—3

## 2. Tabeses betegeken végzett mérések.

Sorszám	Név, nem	Kor	Diagnosis	Trochanter majus	Vertebra prominens	Kettő közötti különbség
1.	R. E. nő	42	Tabes	86	62	24
2.	Sch. K. férfi	64	"	87	67	20
3.	Chr. S. "	35	"	96	80	16
4.	B. K. "	52	"	96	62	34
5.	M. E. nő	30	"	90	62	28
6.	M. S. férfi	48	"	94	78	16
7.	E. A. "	42	"	94	70	24
8.	K. J. nő	53	Tabes (igen kövér)	86	72	14
9.	N. R. "	32	Tabes	81	59	22
10.	B. M. "	43	"	92	66	26
11.	Z. J. férfi	49	"	92	66	26
12.	M. B. nő	36	"	89	71	18
13.	K. A. férfi	35	"	100	78	22
14.	O. S. nő	28	"	84	65	19
15.	St. J. férfi	38	"	94	74	20
16.	J. K. "	35	"	92	64	28
17.	S. F. "	49	"	92	72	20
18.	S. J. "	45	"	96	78	18
19.	M. Gy. nő	50	"	87	52	35
20.	H. F. "	39	"	88	40*	47*
21.	F. T. "	56	"	84	70	18
22.	N. A. férfi	38	"	84	68	16
23.	K. J. nő	29	"	94	78	16
24.	D. J. férfi	52	"	86	64	22
25.	J. J. nő	40	"	64	22	
26.	N. T. férfi	30	"	73	20	
27.	T. M. "	39	"	71	22	
28.	P. B. "	32	"	60	19	
29.	Sz. K. "	37	"	56	23	
30.	K. J. "	32	"	67	16	
31.	G. P. "	39	"	65	18	
32.	D. F. "	28	Tabes 1/2 éve	84	60	24
33.	P. L. "	49	Tabes	60	24	
34.	G. B. "	55	"	82	56	26
35.	M. Á. nő	53	"	90	72	18
36.	W. J. "	38	"	102	86	16
37.	M. F. férfi	57	"	82	66	16

Sorszám	Név, nem	Kor	Diagnosis	Trochanter majus	Vertebra prominens	Kettő közötti különbség
38.	R. H. "	67	Tabes	79	67	12
39.	K. Sz. nő	38	"	75	62	17
40.	H. S. "	44	"	80	45	30
41.	B. J. nő	40	"	85	45	30
42.	H. L. "	45	"	85	64	16
43.	T. K. férfi	44	"	85	72	13
44.	S. J. "	45	"	72	52	20
45.	D. A. "	36	"	83	57	27
46.	K. J. nő	36	"	85	70	15
47.	G. Gy. férfi	52	"	86	73	13
48.	P. J. nő	42	"	87	71	16
49.	M. M. "	42	"	84	60	24
50.	M. J. férfi	31	"	84	60	12
				93	77	16
					70	23

Ha a méréssel kapott számokat egymással összehasonlítjuk, azt látjuk, hogy az álló helyzetben ad maximum előredőlt tabeses beteg trochantere magasabban fekszik, mint a vertebra prominense; más betegségben szenvedő betegeken és egészségeseken ez a viszony ellenkezőleg rendszerint fordított, vagy pedig csak néhány cm.-rel volt alacsonyabban a 7. nyakcsigolya, mint a trochanter. Tabesben a legkisebb különbség + 12 cm., a legtöbb esetben + 15 cm.-en felül, míg a legnagyobb + 45 cm. volt. Ezzel szemben a többi esetben a különbség egyszer — 21 cm., a legtöbb esetben 0 cm. alatt volt, vagy legfeljebb néhány cm.-rel volt a trochanter pontja magasabban s csak 2 esetben, a 36. és 70. esetben találtam + 12 cm.-t. Erről a két esetről azonban később még szólok. A táblázatból kitűnik tehát, hogy van olyan határ, melyet sem a rendes tonusú egyén, sem pedig a hypotoniás egyén nem ér el s ez a + 10 cm. Ez az a szám, melyen alul hypotóniát kizárhatunk, míg + 10—15 cm. között az eredmény arra vall, hogy hypotóniára van gyanú, + 15 cm.-en felül pedig a hypotonia kétségtelenül megállapítható. Az előbb említett két eset, a 36 és 70-es egyedüli kórtünete egyoldali abducensbénulás volt. Ezen bénulás okára nézve az anamnesisből csak az előző lues derült ki, s tekintve a szemizombénulásoknak a tabes kezdeti tünetei sorában igen nyomós bizonyító értékét: a hypotonia megállapításával ezekben az esetekben eldöntöttnek vehetjük a tabes körjelzését, különösen akkor, ha ismételt mérések után az tűnik ki, hogy a hypotonia száma az utolsó mérés óta növekedett. Mert a hypotonia a tabeses folyamat előhaladásának mértéke is lehet; ezt bizonyítják 19., 24., 25., 26., 30., 32., 34., 35., 37., 38., 50. számú eseteim, a melyekben a hosszabb-rövidebb idő után végzett második mérés már nagyobb értéket adott az elsőnél, persze inkább azokban az esetekben, melyekben a betegségnek többi tünete is gyorsabban haladt előre. Igen feltűnően növekedő hypotóniát láttunk a 19. esetben, a melyben a tonuscsökkenés 6 hónap alatt 35 cm.-ről 47 cm.-re változott a többi tünetnek gyors haladása mellett.

Ezek után vizsgálataim eredményét a következőkben foglalom össze: A hypotonia a tabes kezdeti szakának igen gyakran kimutatható tünet. Kezdődő hypotonia jelenlétét azonban csak akkor lehet biztosan állítani, ha azt pontosan meg is tudjuk határozni. A hypotóniának számokkal kifejezhető értékét kapjuk akkor, ha a trochanter majusnak a földtől való távolságából levonjuk a vertebra prominensnek álló, lehető legnagyobb fokban elődülő helyzetben kifeszített lábszárak mellett lemért földtől való távolságát. Ha az így talált számok határértéke + 10 cm. vagy azon alul van, a hypotonia kizárható. Épen úgy + 15 cm. és azon felüli érték teljes biztossággal hypotonia jelenlétét bizonyítja; + 10—15 cm. között ellenben csak akkor vehetünk fel hypotóniát, ha egyéb tabeses tünet is van, vagy ha a másodszori mérés a hypotonia számának növekedését tanúsítja.

\* A második szám a másodszori mérés eredménye.



## A napfürdő hatása a test hőmérsékére.

Irta: *Lenkei Vilmos Dani* dr., Budapest—Almádi.

Az orvosi irodalomban még mindig nincsen tisztázva az a kérdés, hogy minő hatással van a napfürdő a test hőmérsékére. *Walser*<sup>1</sup> a napfürdő idején 40 C°-ig is terjedő hőemelkedést látott, én a hónaljban átlag 1 fokos hőemelkedést észleltem szabad sütkérezés és pólázás alatt, tehát jóval kevesebbet. *Singer*<sup>2</sup> azt találta, hogy a napfürdő idején a hőmérsék a végbélben süllyedt. *Liebe*<sup>3</sup> mindezt a Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie idején kötetében felemlíti, hozzátevén, hogy egyikünk sem írta le a hőmérsék módját s ezért adataink tudományos értékét nem ismeri el. (Dolgozatomnak referatumban, a melyre hivatkozik, az én vizsgálásaimnak módja csakugyan nem volt közölve). *Liebe Dworetzky* is hivatkozik, ki szerinte a napfürdő idején szintén hőszűkítést észlelt. De én a *Liebe* által megjelölt helyen (Zeitschr. f. ph. u. d. Ther. 8. kötetében) *Dworetzky*nek ilyen dolgotatát megtalálni nem tudtam, de találtam helyette egy referatumbot *Dworetzky*től, a melyben ez *Ryloff*-nak<sup>4</sup> a lég- és napfürdők-ről szóló dolgozatát ismerteti, a mely szerint *Ryloff* napfürdők után a hónaljban átlag 0.2 C°, a bőrfelületen 0.3 C° emelkedést és a végbélben 0.3 fokos süllyedést talált. (A referatumban nem egészen érthető, mert nem lehet belőle kivenni, hogy *Ryloff* ezen változásokat a napfürdő végén, vagy mint utóhatást találta-e. Szó szerint véve utóhatásnak kellene ezeket tekintenünk). Tehát a vizsgálatok eddigi eredményei között lényeges eltérések vannak.

Hogy ezen kérdést lehetőleg tisztázzam, a test hőmérsék-változásait a napfürdőben újabban a legnagyobb körültekintéssel újra megvizsgáltam. A test hőmérsékét a hónaljban, a rectumban és a bőr felületén mértem. A bőrhőmérsék mérésére külön hőmérőket készítettem, a melyek csak annyiban térnek el a rendes (nem maximális) orvosi hőmérőktől, hogy érzékenységük fokozása céljából nagy felületű, csigavonalban hajlított higanytartójuk van s ennek síkjára a hőmérőnek fokokra osztott része merőlegesen áll. Fokokra pedig olyképen van beosztva, hogy higanytartójával csak érintve valamely folyadék felszínét, annyi fokot mutasson, mint egy rendes hőmérő bemártva. Ezen hőmérőim ilyen értelemben teljesen jól voltak korrigálva. A bőrhőmérőkre még fehér, árnyékoló lapot is erősítettem, hogy a mérés alkalmával a nap sugarai ne ériék. Hogy a nap még közvetve se gyakoroljon hatást a hőmérőkre, az árnyékoló lapok olyképen voltak ráerősítve, hogy köztük és a hőmérő között a levegő szabadon mozoghatott.

Már az első mérések alkalmával azt láttam, hogy a hőmérsék a rectumban nem halad mindig egy irányban a hónaljával és hogy a végbélben a napfürdő idején majd hőemelkedés, majd meg süllyedés mutatkozik, szóval, hogy a hőmérsék-változások a rectumban nem mindig egyirányúak. Feltűnt, hogy a végbél hőmérséke sok esetben, még egészségesekben is, a napfürdő előtt rendellenesen magas. Ezért az esetek nagy részét már a napfürdő előtt is megfigyeltem és testhőmérséküket már jóval a napfürdő előtt és közvetlenül előtte is megmértem, hogy lássam, mi okozza azt, hogy oly sokan magas végbéltemperaturával kezdik a napfürdőt. Ezenkívül valamennyi külső tényezőt is ellenőriztem, a mely a hőváltozásokra befolyással lehetett. Feljegyeztem tehát a napsütés fényerejét (egységül — úgy mint régebbi vizsgálásaimban<sup>5</sup> is tettem — a mi szélességi fokaink alatt lehetséges legintenzívebb napsütést vettem), a levegő valódi hőfokát a napon (parittya-hőmérővel mérve), a levegő páratartalmát és a légmozgás fokát. A napra kitett hőmérő, mivel közönséges és nem vacuumhőmérő volt, nem mutatott mindig a fényerőnek megfelelő magas fokot, de nagyjában mégis nagyobb meleget jelzett, ha a fényerő nagyobb volt. Ezért, mivel a napra kitett hőmérő a legtöbb szemében megszokottabb tájékoztató mint a fényerő jelzése, az átlagos számok között ennek hőmérsékjelzését is közlöm.

A hónalj hőmérsékét mindig a thermometer 10 percznyi bentartása után olvastam le, a végbélét 4 percznyi bentartás után. A bőr hőmérsékét olyképen határoztam meg, hogy a hőmérő helyét körülbelül 1/4 perczenként változtatva addig helyeztem más-más szomszédos bőrterületekre, míg rajta emelkedést vagy süllyedést észlelhettem. Hosszas rajtatartást egy helyen azért nem

tartottam észszerűnek, mert akkor a hőmérő védelme alatt a bőr jobban felmelegszik. Hosszasabban tehát csak akkor hagytam a bőrhőmérőt egy helyen, a mikor felöltözöttnek hőmérsékét mértem, mert ilyenkor azt a hőmérsékét akartam megismerni, a melylyel a bőr a ruha alatt felmelegedve bír.

A vizsgálatokat a meztelen testtel való sütkérezéskor (szabad sütkérezés) és a bepólyázott állapotban való sütkérezéskor negyedóránként végeztem, a napfürdő után pedig egy negyed, egy és két órával. A bőr párolgásának ellenőrzéséül sok esetben megmértem negyedóránként a testsúly változásait is és a testet közvetlenül körülvevő levegőréteg hőmérsékét és páratartalmát a bőrtől 1 cm. távolságban.

Összesen 63 esetben mértem a testhőmérsék változásait a napfürdő idején. Ezen esetek közül 36 vizsgálat egészségesen történt, 9 idegbetegen, 3 elhízotton, 9 vérszegényen és 6 csúcs-hurutoson. Ez utóbbiak közül 3 esetben a test hőmérséke a napfürdő előtt subfebrilis volt.

Öt vizsgálat negyedórás, 31 félórás, 15 háromnegyedórás, 9 egyórás és 3 másfélórás szabad sütkérezésre vonatkozik. A szabad sütkérezés átlagos tartama 36 percz volt. A vizsgáltak bőre még nem volt megbarnulva, tehát bőrkön a fény jól hatolhatott át. 18 esetben a szabad sütkérezésre még negyedórás pólázás következett a napon.

Az adatok száma oly nagy, hogy azokat mind közölni igen sok helyet foglalna el. Ezért csak a szélső változásokat és a közepes adatokat közlöm és csak szükség esetén fogok egyes adatokra is hivatkozni.

Valamennyi eset átlagos adatai együttesen a következők: a napfény ereje 0.66, a levegő hőmérséke 28 C°, relativ páratartalma 37%, a légmozgás 0.7°-os volt. (A hőmérő a napon átlag 49 C°-ot mutatott.)

I. táblázat.

Hőmérsék	Hőmérsék a napf. előtt	A szabad sütkérezés					1/4 órá s pó-lyázás alatt	Végered-mény
		I.	II.	III.	IV.	V. és VI.		
		negyed órája alatt						
A hónaljban	36.6	+0.14	+0.07	+0.11	-0.06	0	+0.22	+0.48
A végbélben	37.3	-0.08	-0.02	+0.08	+0.04	+0.05	+0.14	+0.21
A mellkas-bőrön - ...	34.1	+2.38	+0.09	-0.03	-0.10	—	+0.32	+2.66

A hónalj hőmérsék a szabad sütkérezés első negyedórájában az esetek 62%-ában 0.1—0.65-dal emelkedett, 6%-ban 0.15-dal süllyedt és 31%-ban nem változott. A második negyedórában 53%-ban 0.1—0.4 fokkal emelkedett, 33%-ban 0.05—0.2-dal süllyedt és 13%-ban nem változott. A harmadik negyedórában 66%-ban 0.15—0.6-dal emelkedett, 22%-ban 0.15—0.3-dal süllyedt és 11%-ban nem változott. A negyedik negyedórában 25%-ban 0.1-dal emelkedett, 50%-ban 0.1—0.25 fokkal süllyedt és 25%-ban nem változott. (A hónaljban csak az esetek 76%-ában mértem a hőmérsékét, a végbélben valamennyiben.) A hónalj hőmérsék az esetek 95%-ában csak emelkedést, vagy váltakozva emelkedést és süllyedést is mutatott. De megesett, hogy azok közül néhányon, a kik csak egy negyed óra hosszat sütkéreztek meztelenül a napon és a kik a hónalj hőmérsékét már a napfürdő előtt 36.8 vagy ennél is több volt a hónaljban, kizárólag csak 0.1—0.15 fokos süllyedés mutatkozott.

A hónalj hőmérsék végeredményben a napfürdő végéig 68.8%-ban 0.1—0.9, átlag 0.38-dal emelkedett, 18.7%-ban 0.1—0.2, átlag 0.15-dal csökkent és 12.5%-ban nem változott. A napfürdő tartama a hónalj hőmérsékére annyiban volt befolyással, hogy a hőmérsék ezen a helyen a napfürdők harmadik negyedórájának végéig többnyire a legmagasabbra emelkedett és ezután gyakran már némi süllyedést mutatott.

A végbél hőmérséke a szabad sütkérezés alatt, az összes esetek adatait egyenként tekintve, az első negyedórában 28.6%-ban 0.05—0.2, átlag 0.15-dal emelkedett, 61%-ban 0.05—0.4, átlag 0.18-dal süllyedt és 9.5%-ban nem változott. A második negyedórában 47.4%-ban 0.05—0.25, átlag 0.14-dal emelkedett, 26.3%-



A varratokat rendes körülmények között 7 nap múlva távolítják el a sebből, s azután kötést többé nem alkalmaznak. A laparotomizáltak 10—14 nap múlva kelhetnek csak fel. Túlhajtott álláspontnak tartja Bier a műtét betegségei korai felkelését. Ez csak azon esetben javult, a midőn öreg egyénről van szó, s azért esetleg hypostasisos pneumoniától lehet tartani. Ilyen esetben a hasfalat még néhány drótvarrattal egyesíti, mely varratok alá steril gazet helyez, mintegy kötésül.

Hasmetszés eseteiben kerülnek a harántmetszést, a hosszmet-szészkor pedig óvakodnak az idegek átmetszésétől, nehogy a műtét területen bizonyos ideig tartó érzéketlenséget okozzanak, a mi által a sebgyógyulás is némiképen hátráltatva volna. Ezért a bõralatti kötőszövetben és az izomzatban, a mennyire lehetséges, tompán dolgoznak.

Czél szerű a sebkezeléssel kapcsolatban egyes műtéteket és sebészeti eljárásokat is még megemlíteni.

Általában nem mondható, hogy Bier klinikája ezt vagy amazt a műtétet gyakrabban végzi, vagy kizárólag csak bizonyos műtéti terekre szorítkozik. Lévének klinika, a mely tanítási célt szolgál, mindenféle műtétet végeznek, bár vannak egyes speciális kezelési eljárásai, mint a pseudoarthrosisok, a gyulladások kezelése, a melyekről alább szölok.

A műtéti indicatio felállításakor nagyon tekintetbe veszik, vajjon mit nyer vele a beteg. Súlyos, a betegre nézve rendkívül kínos esetekben tekintetbe veszik a műtét végrehajtása előtt a gyógyulási percentuatiót és ha csak a legkisebb percent gyógyulás is kecséget, operálnak, azt tartván, hogy a beteg nem veszíthet a műtéttel, legfeljebb nyerhet. Például kisagyi és gerincz-agyi tumorokban, a midőn a beteg járni nem tud, nagyfokú fájdalmak vannak, műtétet fognak, noha a statistika 30% gyógyulást mutat, és a mint Bier maga mondja, még egy ízben sem sikerült neki ily daganatokat szerencsésen operálni.

Két eset áll előttünk, az egyik gerincz-agyi, a másik kisagyi tumor. Mindkét esetben ideg orvosok körjelzésére támaszkodnak. A gerincz-agyi tumor lokalizálását a IV. háti csigolyának megfelelő helyre tették, a mit a Röntgen-kép is igazolt. A betegnek nagyfokú fájdalmak és görcsei vannak az alsó végtagjaiban és hasában, a melyek egyáltalában nem, vagy csak rövid időre szűnnek. Ezért a műtétet indikálnak tartván, Bier végrehajtja. A csigolyanyújtványok mentén, a III—VII-ig terjedőleg, a lágyrészeket keresztül a csontig hatoló metszést ejt, mely után nagy vésővel egyszerre jobbra és balra letolja az izomzatot a csonthátyával együtt, azért, hogy ily módon egyúttal a vérzést is csillapítsa. Ezután a III., IV., V., VI. csigolyanyújtványokat, valamint a csigolyaívek egy részét letöri, a midőn szabaddá lesz a dura. A vérzésnek enyhe tamponálással való csillapítása után megnyitja a durát, kevés liquor ömlik. Kiténik, hogy a daganat nem extradural, hanem a gerincz-agy állományában intramedullaer ül. A daganatból kis részletet kanállal kivesz, hátrahagyván a többit, nehogy esetleg a gerincz-agyat harántul átvágja. Nem operálhatván radikálisan, a durát catguttal összevarrja. Az izomzatot elcsillapított catgutvarrattal, a bõrt és az izomzatot együtt előbb néhány áttöltő drótvarrattal, végül a bõrt külön csomós selyemvarrattal egyesíti.

A másik eset kisagyi tumor. A beteg nem tud egyenesen járni, ataxiás járása van, szédül, hány, pangásos papillája és fejfájásai vannak. Műtét chloroformnarcosisban.

Az occiput-tájon előbb a vérzés csillapítására a Heidenhain-féle áttöltő varratokat alkalmazza a proc. mastoideustól a lambdavarrrat mentén két sorban, melyek között a lágyrészeket a csontig átvágja. Jobb oldalra lévén lokalizálva a daganat, tehát ott kezdi a műtétet a csont felvevésével a sinus transversus alatt a foramen magnumig. Az itt beálló, csontból eredő erős vérzést oly módon csillapítja, hogy a vérző helyre elefántsonthegyet üt, a mire a vérzés rögtön megszűnik. A vérzéscsillapítás után a jobboldali felvett hely kicsinek tűnik, így tehát baloldalt is felveszi a csontot. Majd a sinusokat leköti és a durát megnyitja. Az agy a nagy nyomás következtében előesik. A tumort ujjal keresi, megtalálja, szintén intermedullaer, de nem távolíthatja el. A beteg rosszul lélegzik, pulsusa nincs, így tehát a műtétet 1 1/2 órai munka után befejezi a bõrlebenszék összevarrásával. A beteg infusiót kap, a mit már a műtét közben is alkalmaztak, de mindez nem segített, mert rövid időre rá meghalt.

Az első esetben a betegnek fájdalmak másnapra szűntek, a prognózis azonban rossz és a kimenetel halálos volt. A legutóbbi időben az ily műtéteket két ülésben végzi. A tumor kereséséhez és kivételéhez csak 7—8 nap múlva fog hozzá és úgy látszik jobb sikerrel. A műtétet rendszeren a Neisser-féle agypunctio előzi meg agydaganat eseteiben.

Kammer Manó dr.

(Vége következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

A. v. Korányi und P. F. Richter: *Physikalische Chemie und Medizin. Ein Handbuch. Erster Band. Mit 27 Abbildungen.* Leipzig, 1907. Verlag von Georg Thieme. 575 lap. 16 márka.

Ezen nagy, két kötetre tervezett kézikönyv célja összefoglaló áttekintést nyújtani azon vonatkozásokról, melyekben a physikai chemia az összes orvostudományokkal áll, különösen súlyt helyezve a physikai chemia törvényeinek és módszereinek jelentőségére az egyes orvosi szakmákban.

Céljuk elérésére a kiadóknak sikerült jeles szakembereket munkatársakul megnyerni, a kiknek neve is már biztosíték arra, hogy alapos munkát várhatunk.

Az eddig megjelent első kötet főleg az elméleti orvosi tudományokat öleli fel, míg a második kötet meg fogja mutatni, milyen haladást közhözhet a kórtan és gyógytan a physikai chemiának.

Az első kötet 2 részből áll. Az első *Roloff M.* hallei magántanártól való és a physikai chemia fontosabb tételeit és a methodikát tárgyalja. Majdnem a könyv felét foglalja el. Rendkívül gazdag a tartalma, s ha még hozzáteszszük, hogy az irodalom is bőven van citálva, érthető, hogy kissé nagyon tömör a stílusa, a mely a physikai-chemiai gondolkodásban járatlan orvosnak a megértést kissé megnehezíti, a világos és kifogástalan magyarázat ellenére, a melyen meglátszik, hogy szakmájának mesterétől származik. Igazán teljes physikai chemia 230 lapra koncentrálva. A Roloff által irt rész egyébként külön kiadásban is megjelent.

A második résznek czíme „*Physikalische Chemie und Physiologie*” és 5 fejezetből áll. Az első fejezet a lélekzészről szól, *Loewy Adolf* berlini tanár irta, a ki maga kiváló művelője a physiologia ezen fejezetének. A dolog természeténél fogva csak a gázcsere mechanismusát tárgyalja igen alaposan és jól érthetően. A 2. fejezet a vér physikai chemiája *Oker-Bloom* helsingforsi magántanártól, ki a vér elektrochemiája köréből számos dolgozatot irt. A 3. fejezet a resorptio, nyirokképzés és secretio physikai chemiája *Höber* zürichi magántanártól, a ki, mint ismeretes, maga is irt egy kitünő physikai chemiát. Az ő irta fejezet méltó párja könyvének. A 4. fejezetet — izom- és idegphysiologia — *Boruttau* irta és az 5. et, „az osmosis nyomás szabályozása az állati szervezetben” *Bottazzi F.* nápolyi physiologus, a kinek nevét jeles életvegytana, melyet németre is lefordítottak, széles körökben ismertté tette.

Már az első kötet mutatja, hogy az egész munka igen hasznos és jól kiegészíti *Hamburger*-nek hasonló, de inkább compilatiós jellegű könyvét, és az elébe tűzött feladatnak kitünően megfelel. Nekünk magyaroknak pedig még azonkívül nemcsak örömet szerez, hanem büszkeséggel is tölt el, hogy közölünk választották ily nagyszabású munka kiadására az egyik kiadót, *Korányi Sándort*, a kinek nevéhez fűződik a physikai chemia meghonosodása az orvosi tudományokban. Ezt az egész világon tudják és el is ismerik; hivatottabbat ilyen munkához nem is találhattak volna. A ki így szerez elismerést és tiszteletet a magyar névnek, az igazán nemzeti kulturmunkát teljesít s halála kötelezi honfitársait.

T.

### Lapszemle.

#### Belorvostan.

A Salomon-féle eljárás értékéről a gyomorrák körjelzésében értekezik *Witte*, azon vizsgálata alapján, a melyeket *Ewald* tanár osztályán végzett. Salomon módszerét még 1903-ban azon feltevés alapján dolgozta ki, hogy a rákos gyomor mint sebfelü-



let savót izzad ki. E savó fehérjetartalmának megállapítása diagnosztikai értékű lehet. A vizsgálat végzése előtti napon a betegnek délelőtt egyszerű folyékony, déltől kezdve folyékony, fehérjementes táplálékot adott s este a gyomrot mindaddig mosta, míg a kifolyó víz teljesen tisztának látszott. A következő nap reggelén 40 cm<sup>3</sup> élettani konyhasóoldattal alaposan kimosta a beteg üres gyomrát, miután előzőleg a mosótölelés emelésével és sülyesztésével, a vizet ismételtén be- s kifolyatta. A mosófolyadékot ezután Esbach és Kjeldahl eljárása szerint vette vizsgálat alá s fehérje-, illetve nitrogéntartalma alapján értékesítette a rák kórjelzésében. Gyomorrák eseteiben az Esbach-reactio gyorsan és kifejezetten állott be s a fehérjetartalom  $\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{2}$  0/00 volt, a nitrogéntartalom pedig 10 mgm.-tól 70 mgm.-ig terjedt. A vizsgálat eredménye különösen oly irányban látszott értékesnek, hogy csekély nitrogénmennyiség jelenléte esetén a rák jelenléte valószínűtlen. Salomon eljárását utóbb vagy 200 esetben vizsgálták meg, melyek közt 50-nél több volt a rák. Az eljárás általában értékesnek mutatkozott s csak kevés esetben nem vált be. Witte 27 esetet vizsgált s azt tapasztalta, hogy vizsgálati eredményei általában egyeznek a többi észlelő eredményeivel. Valószínűséggel rossztermészetű gyomorbajra vont következtetést oly esetekben, a melyekben az Esbach-oldat pelyhes, lemérhető csapadékot adott, s a melyekben a nitrogéntartalom 25—30 mgm.-nál több volt. Az eljárás azonban esetleg nem válik be oly esetekben, a melyekben a rák beszűrődő lapszerű növést mutat s nem fekélyesedett ki. A gyomorfekély és az idült gyomorhurut eseteiben kapott értékek nem okoztak nehézséget. A gastrosuccorrhoea, illetve myxorrhoea vizsgálatának eredményei okozta tévedéstől viszont a klinikai tünetek észlelése óv meg. További vizsgálataiban Witte kimutatta azt is, hogy a Salomon-próba pozitív eredményét nem a mucin, a serumalbumin vagy a nucleoproteidek okozzák külön-külön, hanem alkalmasint mind a három tényező együtt változó erősségekben a daganat mineműsége s a nyálkahártya reakciójának mekkorasága szerint. Lehetőnek tartja azt is, hogy a ki nem fekélyesedett daganat is adhatja a próbát az által, hogy fokozott sejtképződést és leválást okoz s az ép nyálkahártyára izgatólag hatva, azon fokozott mucin-, illetve nucleinelválást idéz elő. (Zeitschrift f. klin. Med., 1908. 65. k., 1—2. f.)

Ország Oszkár dr.

**Pneumothorax** eseteiben *Niedner* ragasztótapasz-kötéssel rögzíti a kóros mellkasfélét. Az eljárást már évekkel ezelőtt ajánlotta olyan vérköpésesetekben, a melyekben a vérzés helye ismeretes s a szokásos eljárások és szerek hatástalanok. Pneumothoraxban a kóros mellkasfél rögzítésével eléri azt, hogy nem juthat mir den belégzéskor újabb levegőmennyiség a pleuraüregbe, mert a a gyenge légzés nem tudja a pleuraüregben levő nagyobb nyomás miatt erősen záródó szelepes nyílást (az eseteknek nagy részében ugyanis ilyen ventil-pneumothorax-szal állunk szemben) kinyitni, az a nyílás tehát nyugalomba jő, s így könnyen begyógyulhat, a pleuraüregbe addig bejutott levegő pedig csakhamar felszívódik. A mellkas rögzítésére a szerző újabban szélesebb, 4—6 cm. széles ragasztótapaszcsíkokat használ. (Medizinische Klinik, 1908. 8. szám.)

A **signum angulo-scapulare** Baccelliről irt *Crispolto*. E jelet különösen fiatal, nem kövér s nem túlságosan izmos egyéneken a tüdőgümőkór felismerésére alkalmas diagnosztikai segéd eszköznék tartja, de régi adhaesiók, tüdőemphysema és mellkasmerevség esetén értéktelennek tekinti. A vizsgálat olyképen történik, hogy a beteg fejét előrehajlítottjuk s addukált karjait a mellen keresztetvettjük, ilyenkor a lapoczká felső-belső szögletének a légzést követő mozgása adhatja a Bacelli féle jelet, a mi abban nyilvánul, hogy az említett szöglet belégzéskor nem emelkedik oly magasra a beteg oldalán, mint az egészségesen. Bacelli a jelnek kezdődő tüdőfolyamatokban diagnosztikai értéket tulajdonít. (Ref. Münchener med. Wochenschr. 1908. 7. sz.)

Ország Oszkár dr.

#### Idegkórtan.

A **tabes**, a szív- és az érbajok összefüggése régóta ismert és vitatott kérdés. *Strümpell* munkájában megemlékszik arról, hogy *Berger* és *Rosenbach* tette először szóvá 1879-ben.

7 tabes-esetet észleltek aortaelégtelenséggel és utaltak arra, hogy a két egymástól távol álló baj gyakran egyesül. *Grasset* arra gondolt, hogy a fájdalom az érzőideg ingerlésével reflectoros úton kelti a szívbajt. Nem kevesen viszont a szívbajt nézték elsődlegesnek és a tabest az arteriosclerosis következményének tartották. *Leyden* véletlen egybeesést látott az egyesülésben. A kérdés képe színét változtatta, a mikor a luest kezdték a tabes oka gyanánt felfogni. Most már érthető lett a czímben jelzett bajok összefüggése azon a réven, hogy valamennyi a lues ajándéka. Ezt a nézetet *Strümpell* már 1884-ben vallotta *Oppenheim*, *F. Schultze* és mások helyeslésével. A tabesek szívbaiban ritka az ízületgyulladásos eredet, míg a lueses származás gyakori. Az aortabajok gyakoribbak, mint a kéthegyű billentyű betegségei. Kiderült, hogy az aorta billentyűin kívül az aorta maga is sokszor beteg és az aneurysma sem ritka. *Leyden* és *Goldscheider* statistikájában 96 tabesbonczolás szerepel, közülök 18 volt aneurysmás. *Enslin* 17 tabest látott aortaelégtelenséggel, *Ruge* és *Hüttner* pedig 138 között kilenczet. Így érthető lett, hogy miért oly gyakori a tabesben az érveres szaporasága és az asthma cardiale vagy angina pectoris. Ez nem neuralgia a szív vagusában, hanem aortasclerosis következménye. Csak is így érthető *Leyden* esete, a mikor a 40 éves, a ki tabeses férjének ápolásában megerőltette magát,  $\frac{1}{2}$  év óta aortaaneurysmába esett. *Leyden* akkor azt hitte, hogy az aortaaneurysmának keletkezését a túl-erőltetésből megmagyarázta. Ma az összefüggés érthetőbb és egyszerűbb.

Míg az eddigi észlelők azt nézték, hogy a tabesban milyen gyakori az érmegbetegedés, addig *Strümpell* az ellenkező irányból fogott a kérdéshez és azt kereste, hogy milyen sokszor van tabestűnet az aortabajban. *Strümpell*-nek 40 esete van, többnyire a csonka tabes tüneteivel. Ilyen a szabálytalan, fénymerev pupilla. Ez tabesra vall, ha a szemfenék ép. Sokszor ezenkívül csak az Achilles-inreflex, vagy ez és a patella-inreflex hiányzik, vagy hypotoniával van dolgunk. Ez esetek közül 79%-ban volt a lues nagyon valószínű. *Strümpell* is arra az álláspontra helyezkedik, hogy a syphilis az egyetlen fontos ok, sine qua non a tabesban. Nagy fontossága lesz e kérdésben nemsokára a lues serodiagnosizának. Az egyik esetben pozitív volt a serumdiagnosiz eredménye, noha a beteg a syphilist tagadta. Bajos felelni arra, hogy a lues miképp okozza a tabest. A toxinhatás a legvalószínűbb. Ennek megfelelő, hogy a spirochaeta a tabesban és dementiában ép úgy nem található meg, mint a diphtheria bacillusa a diphtheriát követő bénulásban. Ugyancsak toxinos eredetű az aortabaj is. Így érthető a jó és kéneső hasznavehetetlen volta. Hogy a lues miért okoz egyszer tabest, máskor nem, arra *Strümpell* következőn felel. Az exogen bajok függenek a káros behatástól és a szervezet ellenállásától. Minél kifejezettebb, erősebb a behatás, mint az ellenállás, annyival könnyebben támad a betegség. A káros ok kétféle: a valódi ok (lues) és segítő ok (trauma stb.). Az elsőnek mindig meg kell lenni, a második hiányozhat is. Az ellenállás is kétféle: világrahozott és szerzett. Az utóbbi növelheti és csökkentheti az ellenállás erejét (pl. dohány, alkohol, fáradtság). Az Edinger-felhasználás-elméletében jó gondolat volt arra mutatni, hogy a működés károsítja a szövetet, bár Edinger kórtani magyarázatai el nem fogadhatók. De fel lehet használni e nézetet annak megfejtésére, hogy miért állandóan előhaladó a tabeses folyamat. *Strümpell* a toxin útján sérült szövetek állandó használatában látja ezen előhaladás állandó voltának okát. Mindez a dementiáról is áll. A belső szervek luesében is jó lesz keresni tabestűnetet.

Az egyes tabesjelenségek lueses stigmáknak tekinthetők, ezért minden szívbaiban fel kell őket keresni. (Deutsche med. Wochenschr., 1907 november 21.)

Kollarits Jenő dr.

#### Sebészet.

A **prostata** nem gümös természetű tályogjának pathogenesise és gyógykezelése volt a francia urológiai congressus egyik vitatárgya. *Oraison* a prostatatályog csoportjába nemcsak az urethrális eredetű genyfelhalmozódásokat sorozza, hanem a folliculáris tályogokat is, a melyek a későbbi szakban periprostatis phlegmone képeben jelentkeznek. Két főtenyező szerepel a betegség



előidézésében: egyfelől a medence vérrrendszerében jelentkező változás, másfelől pathogen csírák bejutása; ez utóbbi vagy spontán, vagy trauma következtében jöhet létre, leginkább a streptococcus, staphylococcus, bakt. coli, pneumococcus szerepel. E csírák leggyakrabban a húgycső felől jutnak be, a húgycső e mellett ép lehet, de gyakrabban lobos, főleg az idült kankóban a pars prostatica gyuladása nyújt kedvező talajt a prostata infectiójára. Az infectio kívülről is eredhet, így trauma, pyaemia, influenza, furunculosis okozhat prostatatályogot. A megbetegedés rendszeren a mirigyes állományban veszi kezdetét, a kivetítő csövek loboosak lesznek, obliterálódnak, retentio áll be a kitágult acinusokban, majd az acinusok falai beszűrődnek, beolvadnak, s így nagyobb tályogok keletkeznek. A periprostatis szövetben a genyedés vagy diffusio, vagy contigitas útján, vagy a nyirok- és gyűjtőereken át jö létre. A gyógykezelés legcélszerűbben praeventive történik, a heveny és idült húgycsőbetegségek gyógyításával. Ha geny képződött, a kiürítéséről kell gondoskodni massage, gyakori öblítés útján. Ha így nem lehet eléggé elérni a geny kiürülését, a végbél felől a tályog megnyitandó; vérzéstől, fertőzéstől, sipolytól nem kell tartani. Bár sebészebb a perineális megnyitás, de a vérzés, a sipoly, az ondókivezető csövek esetleges sértése, a lassabb gyógyulás miatt előnyösebb a rectális behatolás.

Hartmann és Lavenant a prostatitis follicularis az emlőmirigy galactophoritisével állítja párhuzamba s nem tartja e kórt tályagos prostatitisnek. 11,000 esetből csak 33 esetben találtak tályogot, a melyet a kankó vagy a sepsises katheterismus idézett elő. 12 műtét nélkül, a többi perineotomia transversalis útján gyógyult. Noguès a perineális módszert ajánlja. Rafin 3 esetben perineális prostatectomiát végzett, egy esetben halálos kimenetellel. Albarran a gyógykezelés szempontjából négyféle prostatatályogot különböztet meg: 1. Acut tályogot dysuriával vagy vizeletrekedéssel és lázzal; ez esetekben óva int a rectális megnyitástól, a mely húgycső-végbélsipolyra vezethet, a gáton való behatolást ajánlja. 2. Kevésbé súlyos tünetekkel járó tályog esetén a gát felől, kellő időben végzett megnyitást kívánja, hogy phlebitis ne álljon elő. 3. Az idült genyedő mirigy massage-ra és öblítésre alkalmas. 4. esetben, a mely ezen kezeléssel nem gyógyult, a gát felől kürettezést végzett a húgycső és a ductus ejaculatorii megkimélése mellett. 4. Prostatahypertrophiához társult tályogot 14 esetben perineális prostatectomiával kezelt, 12 esetben teljes gyógyulással. Hamonic a rectális utat ajánlja, Le Fur szerint a legtöbb esetben az öblítés és massage célra vezet. (Association française d'Urologie. 1907 október.)

Steiner Pál dr.

A jobb szívkamara szúrt sebének szerencsésen sikerült varratát írja le Soave (Tortona). A 19 éves egyén késszúrással sérült. A külső seb az V. bal intercostális hézagban kicsiny és csak kevés vért, annál ijesztőbb a beteg általános állapota: a halvány, cyanosisos arcszín, nagyon gyenge, felületes légzés, érzéketlen pulsus. Műtét rögtön; a mellkasfalból kieszített lebeny felhajítása után kitűnik, hogy a bal pleuraür is meg van nyitva és vérzik. A pericardium vérral telt. A szívet kiemelve, a jobb lebeny alapjához közel levő sebet 2 pince-szel összefogta és hét varratot alkalmazott. Úgy a pericardiumot, mint a pleurát gaze-csíkkal drainezte. A pericardiumban levő csík mögött mintegy 200 gm. serum gyűlvén meg, ez a műtétet követő 3. napon a szív-működésben zavart okozott, a mi azonban a csík eltávolítása után megszűnt s utána zavartalan gyógyulás következett. (Riforma medica, 1908 február 3.)

Pólya.

A hátulsó könyökfizamodásnak a myositis ossificans traumaticához való viszonyával hosszú időn át pontosan észlelt és több ízben utánvizsgált 16 eset alapján foglalkozik Macholl (Bonn). A reponált hátulsó könyökfizamodás rendszeren myositis traumatica ossificans vagy következményképen hátra, a mi persze csak hosszantartó megfigyelés és Röntgen-kontroll útján mutatható ki. A mi a kezelést illeti, a konzervatív kezelés rendszeren jó eredménnyel jár. A műtét beavatkozás javalt ideges zavarok esetén, vagy akkor, ha a functionális kiesés még hosszú idő múltán is jelentékeny. (A referensnek sok esetben volt alkalma észlelni, hogy a könyökfizamodás komplikáló ízületi sérülésekkel

járt. Különösen gyakori a processus coronoidens leszakadása. Természetes, hogy ezekben az esetekben a functionális zavar nagy és állandó jellegű. Véleménye szerint az ilyenfajta szövödmények azok, melyek a functionális zavarokat főleg okozzák, nem pedig a többnyire a belső karizomban ülő csontosodások, melyek csak igen ritkán érnek el akkora terjedelmet, hogy mint mozgást gátló tényezők szóba jöhetnek. E mellett szól az a körülmény is, hogy míg az említett sérülésekben a rendszeren követett kezelésmód mellett kellő functionális eredményt elérni nem tudunk, addig a neuritiszes esetek eleinte szépen javulnak és csak jóval később — megfelelően a csontosodás progressiv voltának — áll be a functionális deficit.) (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie, 56. k. 3. f.)

Li.

#### Szüléset és nőorvostan.

A gyermekágyasok korai felkelését 100 válogatott esetben tanulmányozta Ed. Martin. Kísérleteiben nem volt tekintettel sem az előző szülések számára, sem az életkorra, de viszont kizárta a kísérletekből azokat, a kiknek szülése sokáig tartott, hőemelkedésekkel járt, vagy egyéb rendellenességet mutatott. A gyermekágyasok a szülés után 15—24 óra múlva keltek fel először, a mi alatt azt érti, hogy feszes hasköttővel ellátva nyugodtan felültek az ágyukban; a nyugodt üléskor a szövetek kis feszülés alatt vannak és így gyorsabban is fejlődnek vissza. Az ezután következő hét napon délelőtt és délután két órát töltöttek el ágyon kívül, a nélkül azonban, hogy járkáltak, vagy akár kézi munkát végeztek volna. Emelkedő hőmérsék és pulusszám ismét az ágybafekvést parancsolta, de a rendes állapot visszatérésével az asszonyok újból felkelhettek. Vizsgálódásainál a következő eredményekre jutott: először- és többszörszülőkön is a lochia alba átlag a IV—V. napon jelentkezett a nemi szerveknek rendes visszafejlődése mellett. Fertőzést állapított meg 12 esetben; egy lochiában gonococust, a többiben strepto-, staphylo- és diplococust mutatott ki. A hőemelkedések két napnál tovább nem tartottak. Egy esetben, a VI. és VII. napon rendes hőmérsékű gyermekágyason 100—120 pulst észlelt (!) Az emlő-, bél-, húgyhólyag-működés rendes volt, székrendezésre, csapolásra egy esetben sem szorult. A gyermekágyasok hamar erőre kaptak, ájulás, embolia nem fordult elő. Descensusokat sem a méh, sem pedig a hüvelyfalak részéről nem tapasztalt. A morbiditás ezen eljárás mellett 13% volt, míg 1000 olyan gyermekágyason, a ki hosszabb ideig feküdt, a megbetegedés 18.5%. Ez a mellett szól, hogy a korai felkelés nem ártalmas, óvatosan végezve veszedelmet nem rejt magában. Nem szabad az eljárással összehasonlítani az intézetben kívül szülő munkásasszonyok korai felkelését, a kik az ágyat elhagyva mindjárt nehéz munkába fognak; ilyen viszonyok között a rendellenességek mindig könnyen kifejlődhetnek. A kísérletekben feltétlenül az állandó orvosi felügyeletet ajánlja. (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1908. XXVII. kötet, 2. füzet.)

Azarffy Elek dr.

Vaginális vagy abdominális úton operáljunk-e a tubáris terhesség első hónapjaiban? Ezt a kérdést tárgyalja Orthmann az újabb irodalomból összeállított 2318 eset, és saját 228 észlelése alapján. A méhen kívüli terhesség kezelésére vonatkozólag az lehet a kérdés, hogy operatív vagy expectatív úton járjunk-e el; döntő az a körülmény, hogy a terhesség intact-e, tehát még tovább fejlődő, vagy már megakadt. Az első esetben ma már általában elfogadott eljárás az azonnali műtét. Hasonlóképpen vagyunk az acut rupturákkal is, hol a legtöbb szerző szerint nem várjuk be, míg a beteg a mély collapsusból magához tér. Nagyobb a nézeteltérés azon esetek kezelése tekintetében, a hol a méhen kívüli terhesség a fejlődésében megszakadt és haematocoele keletkezett. Itt általánosan elfogadott nézet az, hogy akkor kell operálni, ha a haematocoele friss vérzés következtében nagyobodik, vagy ha genyedés támad. Minden más esetben, nevezetesen tubáris mola esetén haematocoele képződése nélkül és változatlanul fennálló haematocoele eseteiben sok szerző ajánlja a konzervatív kezelést. Itt azonban nehéz diagnostizálni, hogy a tubáris terhesség akár abortus, akár ruptura útján valóban megállapodott-e. Nem egyszer előfordult, hogy konzervatív kezelt esetben újabb attaque keletkezett, súlyos collapsus belső vérzés folytán, mikor is a műtét már



késő volt. A szerzőnek is volt hasonló esete. Ezért van, hogy a gynaekologusok többsége inkább hajlik az activ, mint az expectativ kezelés felé. A műteti eljárások közül a szerző a vaginálisnak a híve. Sokan az abdominális útnak, a koeliotomiának adnak előnyt, mert technikailag könnyebben kivihető, a műteti terület jobban áttekinthető, a vérző hely gyorsabban megelölhető és a vérzés gyorsabban csillapítható, a méhnek sérülései könnyebben elkerülhetők és végül abdominális úton a beteg méh és függelékei is eltávolíthatók. A szerző tapasztalatai szerint acut ruptura, nagyfokú belső vérzés eseteiben ajánlatosabb a vaginális út, mert először is elkerüljük így a shockot, a mi a kivérzett és legtöbbször pulsus nélküli betegeken nem kicsinylendő; másodsor kellő technikával könnyen fellelhető a ruptura helye és a vérzés is csillapítható. De meg előnye a vaginális műteti eljárásnak a szerző szerint a kisebb mortalitás (koeliotomia után 8%, kolpokoeliotomia után 5%), a határozottan simább és gyorsabb gyógyulás. Főelőnye még a hasfali herniák elkerülése. A szerző szerint tubáris terhesség minden fajtája a harmadik hónap végéig a leggyorsabban, legbiztosabban vaginális úton és pedig kolpotomia anteriorral operálható. Ha intact a terhesség, a daganat nagysága ne haladja meg a kismedenczét; ha haematocelel van dolgunk, a miről a vaginális próbapunctioval meggyőződhetünk, a haematocele nagysága nem állja útját a vaginális műtétnek. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 5. szám.)

Bogdanovics dr.

#### Gyermekeorvostan.

A diphtheria gyógyítása pyocyanaseval. Körülbelül egy évtizeddel ezelőtt Emmerich és Loew kimutatta, hogy a pyocyanus-bacillus húsleves-tenyészetében fermentszerű anyag képződik, amely nem csupán a pyocyanus-bacillusra, hanem más bakteriáknak is (diphtheria, cholera, typhus, pestis, lépfene-bacillus, strepto- és staphylococcus, gonococcus) öltetős, a mennyiben feloldja őket. Ez az erőlyes bakteriolyticus hatása nem csupán a kémlecsőben, hanem az élő állati szervezetben is kimutatható, s így közelfekvő volt a gondolat, hogy különböző fertőző betegségek gyógyítására is felhasználják a pyocyanus-bacillusok termelte enzimét, a pyocyanasét. Így a járványos agy-gerincevelőbbször kísérleteket tett vele Escherich és Jehle (a mint erről annak idején referáltunk), a diphtheriában pedig Emmerich és Zucker, továbbá Mühsam, a ki 23 esetre vonatkozó tapasztalatai alapján azt hiszi, hogy a pyocyanase elősegíti a diphtheriás lepedék oldódását s az általános állapotra is kedvezően hat. Eseteiben (5 eset kivételével, a melyekben a pyocyanasét egyedül használta; valamennyi meggyógyult) a diphtheriaellenes savóval együtt használta a pyocyanasét, a mi egészen észszerűnek látszik, mert a pyocyanase nem hat a diphtheria-toxinra, a melynek pedig túlnyomó szerep jut a diphtheria kórképének létesítésében; másfelől a savó meg nem hat a diphtheria-bacillusra s ennek következtében ez folyton termelheti a toxint. A kórokozó mikrobára s az általa termelt méregre egyidejűleg gyakorolt hatás tehát csak előnyös, sőt szükséges lehet. A pyocyanase, a mely 5 cm<sup>3</sup>-es üvegekben kapható (Lingner-cég), a diphtheriában porlasztás alakjában jön alkalmazásba; a 40<sup>o</sup>-ra melegített oldatból körülbelül 2 cm<sup>3</sup>-t porlasztunk naponként 3-szor, sőt kezdetben többször is a megbetegedett területre. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 6. sz.)

A csecsemők physiologiás körömvonalát írja le Schick dr. Escherich tanár klinikájáról. Tudjuk, hogy már többen észlelték harántirányú körömbarázdákat a felnőtteken typhus, tüdőlob, vörheny eseteiben stb., s a gyermekkorban Feer írta le ezeket vörhenyben és kanyaróban. Csecsemőkben főleg a bujakór szerepel okozójaként. Feltűnt azonban Schick-nek, hogy ezen barázda teljesen egészséges, bujakórra egyáltalán nem gyanús csecsemőkön is előfordul bizonyos életkorban. Majd pontos vizsgálatokat eszközölt s azt találta, hogy az újszülött körme teljesen sima, rajta harántbarázda nincs. Ilyen marad a negyedik hét végéig; az ötödik hét elején, gyakrabban a végén, a hüvelykujjon vagy esetleg előbb más ujjakon sáncszerű vonal jelentkezik, mely mind kifejezetten látható, harántul fut végig a körmen, domború szélét a köröm szabad vége felé fordítva. A köröm növekedésével azután ezen vonal előfelé tolódik, a 60. nap körül

eléri a köröm közepét és körülbelül a 90. napon a köröm szabad szélét. Hasonló változások folynak le a lábujjakon is. Bizonyos határok közt e vonalnak így törvényszerű orvostani jelentősége is van s 250 pontos mérése alapján Schick azon következtetést vonja le, hogy a 28. nap előtt a középső ujjakon soha nincs meg e vonal. Tehát olyan gyermek, kin a körömsáncztól 1 mm.-nyire álló vonalat látunk, feltétlenül idősebb 28 naposnál s nem idősebb 9 hetesnél. 2 mm. távolságú körömvonal esetén a gyermek legalább 7 hetes és alkalmasint nem öregebb 12 hetesnél. 3 mm. távolság mellett a csecsemő legalább 8 hetes és valószínűleg nem idősebb 12 hetesnél; 4 mm.-nyi távolság mellett a gyermek legalább 8 hetes, 5 mm.-nyi mellett pedig legalább 10 hetes. A vonalképződés oka gyanánt szerepel az intrauterin élet megszűnése alkalmával a körömgök epitheliális rétegének átmenetileg elszennvedett működés zavara, s esetleg közreműködik keletkezésében az új környezet ingere is ép úgy, mint az újszülött physiologiás bőrhámlásában. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1908 febr.) Flesch dr.

#### Fülörvostan.

A hivatásos telefonozás hatása a szervezetre, különös tekintettel a hallószervre cím alatt N. Rh. Blegvad dr. (Kopenhága) beható és nagyarányú vizsgálatairól számol be. Cikkének végén a következő eredményre jut: Az ép szervezetű és ép hallószervű egyének, bár a vizsgált 371 egyén 26.4%-ában a telefon hallgatására használni szokott fül dobhártyája retrahálva volt, a hallás élessége nem csökkent, de nem is erősödött, mint némely telefonozó állítja, csupán a fül alkalmazkodó képessége növekedett némelyeken. Villámsapás, vagy erős áram behatolása következtében, bár ez elég gyakran megeshet, csak igen ritkán jönnek létre állandó fülbajok vagy traumás neurosisok. Ha jelentkeztek is, főképp a hirtelen támadó heves hangbehatás tüneteit adták. Meglevő fülbetegség esetén azonban, bár az esetek többségében káros hatást itt sem tapasztalt, a villámsapás és más hirtelen hangbehatás (csengetés) elég gyakran súlyosbította a bajt. Ideges, neurastheniás és anaemiás egyének ép hallás mellett is nagyon sokszor okoz a hivatásos telefonozás fejfájást, fülzúgást, fülfájdalmat, nyomás- és teltség-érzetet a fülben, sőt hyperaesthesia acusticát is. Ilyen egyének igen sok esetben a telefonszolgálat ideje alatt nagyfokú általános idegességben szenvednek. Ezért azt tanácsolja, hogy a fülbajos, továbbá a kevésvérű, ideges és idegesen disponált egyéneket a telefonszolgálatból ki kell zárni. (Archiv für Ohrenheilkunde, 72. kötet, 3. és 4. füzet.)

Udvarhelyi dr.

#### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Terhesek hányása ellen Herff kísérletet tett a gyomortájék vibrációs masszálásával, még pedig jó eredménnyel. Két esetben, melyet a hyperemesis miatt a terhesség művi megszakítása végett utasítottak hozzá, az eljárás rövid idő alatt eredményre vezetett. A szerző nem zárja ki, hogy az eredmények elérésében a suggestio jelentékeny szerepet játszik. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 38. szám.)

A kevésvérűség gyógyítására új eljárást ajánl Kuhn. Ismeretes, hogy magasan fekvő helyeken a vörsejtek száma nagyobbodik, a haemoglobin mennyisége fokozódik, a mit úgy magyaráznak, hogy az oxygenbevétel kevesbedvén, az oxygen-nyomás a szervezetben csökken és ez ingerli a csontvelő vérékészítő szerveit. Ugyanez elérhető úgy is, hogy a belégzést mérsékelten megnehezítjük. Erre a célra a szerző az ú. n. „Lungensaugmaske“-t használja, a melyet naponként 2—3-szor alkalmaz 1—1 órára. Ez az eljárás állítólag feltűnő gyorsan javítja a kevésvérűséget, ha a csontvelő még működésképes, s azért a diagnosis céljaira is felhasználható. Mert ha nem áll be javulás, ez a körülmény arra utal, hogy a csontvelő már nem tud vért termelni, vagy hogy folytonos vérvessztés (gyomor- és bélvérzés, túlságos havi vérzés) az oka a kevésvérűségnek. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 35. szám.)

Orrvérzés eseteiben Kassel tamponálásra a 10%-os steril gelatinával átitatott vioformgaze-t ajánlja, a mely 24 óra múlva távolítandó el. (Therapeutische Rundschau, 1907. 43. szám.)



ban 0·05—0·3, átlag 0·13 fokkal süllyedt és 26·3%-ban nem változott. A harmadik negyedóránban 66·8%-ban 0·05—0·25, átlag 0·13 fokkal emelkedett, 22·2%-ban 0·05-dal süllyedt és 11%-ban nem változott. A negyedik negyedóránban 50%-ban 0·05—0·25, átlag 0·15-dal emelkedett és 50%-ban 0·05—0·1, átlag 0·07-dal süllyedt.

Végeredményben a hőmérsék a rectumban a szabad sütkezésre végéig 47·6%-ban 0·05—0·45, átlag 0·21 fokkal emelkedett, 43%-ban 0·05—0·55, átlag 0·25-dal süllyedt és 9·4%-ban az esetleges emelkedést vagy süllyedést ugyanolyan fokú ellenkező változás kiegyenlítette.

A végbél hőmérséke negyedórán napfürdőkben többnyire süllyedt, háromnegyedes—egyórásokban ritkábban. A napfürdő tartama annyiban volt befolyással a végbél hőmérsékére, hogy a szabad sütkezésre elején több esetben láttam süllyedést, később pedig többször emelkedést.

Azokon, a kik egy órán túl még egy fél óráig feküdtek meztelenül a napon, a rectumban csak 0·05—0·1 fokos süllyedést vagy emelkedést láttam, de átlagban túlnyomó volt az emelkedés.

Mivel az egyes esetekben a napfürdő előtt a végbélben mért hőmérsék foka igen különböző, többnyire igen magas volt, kerestem ennek is az okát. Ezen célból — mint már említettem — sok esetben a napfürdő előtt is hosszabb időközönként többször mértem a végbél hőmérsékét. Tettem ezt már reggel az illetők lakásán, tehát olyankor, a mikor még hűvös helyen tartózkodtak és még csak keveset mozogtak és azt találtam, hogy ilyenkor a végbélhőmérsék teljesen egészségeseken és olyan betegeken, kik különben láztalanok voltak, 36·8—37·15, átlag 37·0 C° volt. Ha azután ugyanezeket később, miután (felöltözve) a napon is tartózkodtak, vagy meleg időben, ha csak árnyékban is, 10—30 percig jártak, vagy esetleg keveset a napon is mozogtak, a napfürdő előtt újra megmértem, végbélükben már 37·35—37·7 fokos hőmérsékét (átlag 37·5) találtam. Ha ezeket a napfürdő előtt most még felöltözve, de még inkább ha levetkőzve 1/4—1/2 óra hosszat pihenni hagytam, akkor fel-emelkedett hőmérsékük ismét 0·1—0·35-dal süllyedt.

Az a körülmény, hogy némelyek a napfürdő előtt felöltözve a napon tartózkodtak, vagy meleg időben többet jártak, befolyással volt a hónaljhőmérsékére is, de többnyire csak 0·1—0·2 emelkedést okozott. Erre azután az sem volt oly nagy hatással, ha az illetők a napfürdő előtt még árnyékban pihentek, mert ilyenkor a hónaljban átlag csak 1 tizedes hőmérsékcsökkenést észleltem.

Mindebből tehát az következik, hogy a testnek a napfürdőben bekövetkező hőmérsékváltozásainak megfigyelésekor zavarólag hat az, hogy a napfürdő előtti hőmérsékét az egyiken hűvösben való hosszas pihenés, a másikon meg azután mértem, hogy az illető napos helyen is tartózkodott vagy meleg időben hosszasan mozogott. A testnek a napfürdő alatt történő hőmérsékváltozásai tehát vizsgálásaimban (és alkalmasint másokéiban is) nem vonatkoznak *egységes* alapokra, mert a kezdeti hőmérsék némelyeken normális, másokon abnormis magas volt. Mivel azonban az ilyen eltérések nyáron elkerülhetetlenek, ezekkel is számolnunk kell.

Bár szorosan nem tartozik ide, mégis felemlítem, hogy ezen pontos hőmérséimben azt találtam, hogy a hónaljhőmérsék a végbél hőmérsékétől 0·25—0·8-dal is eltért. Sőt a nyelv alatt mért hőfok is sokszor tért el a végbélben mértől, bár az eltérés közöttük csak 1—3 tized volt. Kitűnt, hogy ezen különbségek főképen akkor voltak annyira szembeötlők, a mikor a test felmelegedett vagy lehült, szóval mikor a testben a hőegyensúly nem volt meg. Ilyenkor a hónalj hőmérséke viszonyítva a végbéléhez néha ellentétes irányban is változott. De még egyirányú változásokor sem találtam bizonyos meghatározott differenciát a hónalj és a végbél hőmérséke között, még akkor sem, ha a hőmérőt a hónaljban 15 percig is benttartottam. Ebből az következik, hogy a hónaljban a test hőmérsékét csak megközelítőleg tudjuk mérni s ezért ilyen mérésekből biztos következtetéseket a test belsejében uralkodó hőmérsékre, különösen a hőmérséknek menetére (emelkedésben vagy süllyedésben van-e) nem vonhatunk. Áll ez különösen mindazon esetekben, a melyekben a test belső hőmérséke *változóban* van, tehát akkor, ha valamely alkalmazás a test

hőmérsékét megváltoztatja, vagy mikor a test hőmérséke láz következtében emelkedik vagy süllyed.

Ha a szabad sütkezésre alatt mutatózó hőváltozásokat egyenként figyeltem meg, gyakran ellentmondó eredményeket találtam, melyek valószínűvé tették azt, hogy az ellentétes hatásokat — legalább részben — az okozta, hogy a test hőmérséke a napfürdő előtt az egyes esetekben nagyon különböző volt. Vizsgálataim között van például olyan eset, a melyben a napon 36·3 C° volt a temperatura és a hőmérsék a végbélben félórán sütkezésre 37·05-ről 37·25-ra *emelkedett*, ez egy másik esetben 58°-os napsütéskor fél óra alatt 37·25-ről 37·15-re *süllyedt* és ismét más esetben 53·5°-os napsütéskor ugyancsak fél óra alatt 36·95-ről 37·4-re *emelkedett*.

Hogy megtudjam, van-e a kezdeti hőmérséknek valamelyes hatása ezen ellentmondó eredményekre, két csoportra osztottam az összes eseteket. Az egyikbe azokat vettem be, a melyekben a végbélhőmérsék a napfürdő előtt legfeljebb 37·2-et mutatott, a másikba azokat, a melyekben ez magasabb (37·25—37·7) volt.

Ezekben a testhőmérsék változásai a következők voltak:

II. táblázat.

A hónaljban					A végbélben				
Anapf. előtt	I.	II.	III.	IV.	Anapf. előtt	I.	II.	III.	IV.
	negyedóránban					negyedóránban			
36.52	+0.13	+0.08	+0.1	+0.1	37.03	+0.02	+0.11	+0.13	+0.05
36.66	+0.14	+0.07	+0.06	+0.17	37.42	+0.11	+0.01	+0.07	+0.03

A hőmérsék a napon az első csoportban 47°, a másodikban 50°, a nap fényereje 0·56 és 0·7, a levegő hőfoka 27·1 és 28·9 C°, páratartalma 37·4% és 37%, a szél ereje 1 és 0·8°-os volt.

Az első csoport esetei (18) közül csak háromban süllyedt a hőmérsék a végbélben a szabad sütkezésre valamelyik negyed-órájában, de ezen süllyedést ezekben is kiegyenlítette más negyed-óránban hőemelkedés úgy, hogy végeredményben egyikben sem süllyedt a hőmérsék sem a végbélben, sem a hónaljban, hanem az esetek 16%-ában végeredményben nem változott és 84%-ban a végbélben 0·05—0·45, átlag 0·31-dal, a hónaljban pedig valamennyiben 0·1—0·5, középszámban 0·41-dal emelkedett.

A második csoport eseteiben (45), tehát a melyekben a hőmérsék a végbélben már a napfürdő előtt 37·2-nél magasabb volt, ez 45 közül 33-ban az első negyedóránban 0·05—0·4-dal csökkent és csak 6-ban emelkedett 0·1—0·2-dal. Ezen csoportban még a második negyedóránban is túlnyomó azoknak a száma, a kikben a hőmérsék a végbélben csökkent (a hónaljban a többségben emelkedett) és csak a harmadik negyedóránban láttam, hogy az a legtöbb esetben emelkedik. De ez az emelkedés oly csekély volt, hogy még az egyórás napfürdő végén is átlag 0·08-dal alacsonyabb volt mint a napfürdő előtt.

Tehát olyanokban, a kiknek a hőmérséke a rectumban a napfürdő előtt nem volt rendellenesen magas, a test belső temperaturája a szabad sütkezésre alatt (1—2 esetet kivéve) emelkedett (negyedórán sütkezésre átlag 0·02, félórán 0·13, háromnegyedórán 0·26 és egyórán sütkezésre 0·31 C°), míg azokban, kiknek a végbélhőmérséke már a napfürdő előtt is magas volt, többnyire süllyedt. A hónaljhőmérsékben az eltérés a két csoport között nem oly kifejezett, de itt is határozottan észrevehető, hogy alacsony kezdeti hőmérsék esetén nagyobb az emelkedés.

Ha az egyes eseteket tekintjük, azt látjuk, hogy — bár ritkán — de mégis megesett, hogy a végbél hőmérséke olyanokban is csökkent, a kik alacsony testhőmérsékkel kezdték a napfürdőt és viszont. Ezért a kezdeti hőmérsék különbségeiből eredő okon kívül még más tényezőkben is kellett annak az okát keresnem, miért nem változik a test belső hőmérséke a napfürdők alatt minden esetben egyirányban. Figyelembe kellett tehát venni mindazon tényezőket, a melyek a testnek melegezt fokozzák és azokat, a melyek meleget elvonnak. A sütkezésre alatt a test melegét fokozzák: a nap sugarai, a szervezetben élénkítő anyagszere és



a környező levegő, ha ennek hőfoka nagyobb mint a bőr. A test melegét elvonja: a környező levegő, ha a bőrnél hidegebb és a bőrön véghezmenő párolgás. Ez utóbbira pedig befolyással van a szervezet részéről a bőrben keringő vérnek mennyisége és a verejtékmirigyek működése (tehát a bőr reakciójának foka) és ez utóbbira mindenesetre az is hatással van, hogy higabbak vagy sűrűbbek-e a test nedvei; a külső tényezők közül pedig befolyást gyakorol a test lehűlésére a levegő páratartalma és a szél, továbbá a fénysugárzás intenzitása is, a mennyiben ez a bőrt reactionra serkenti.

Keressük tehát, mennyire érvényesítik ezen tényezők hatásukat.

(Folytatása következik.)

**Közlés az I. számú belorvostani klinikáról. Igazgató: Korányi Frigyes, egyetemi tanár.**

### A klinikai és kórboneczolástani diagnosis.

Irta: *Királyfi Géza dr., klinikai gyakornok.*

(Vége.)

A máj megbetegedései sok tekintetben szembeállíthatók a vese bántalmaival. Míg ezelőtt azt láttuk, hogy a renális insufficiencia fogalma, tehát tisztán a functionális diagnosis, a klinikusra bizonyos fokig irányítóul szolgál, addig a máj bántalmaiban a kórboneczolástani elváltozás pontos mérlegelése nélkül jóformán tehetetlenek vagyunk. A májműködési elégtelenség, a Quincke-féle hepatargia sokkal kevésbé egyöntetű és kevésbé jellegző tünetcomplexumot foglal magában és általában véve kevésbé kiható klinikai következtetéseket von maga után, mint a vese elégtelenség megállapítása. A májműködés kiesése klinikai megjelenésében nem is sokat különbözik az epefelszívódás által létrehozott cholaemiás állapottól, holott az epeelválasztás a májnak tudvalevőleg épen nem az egyedüli feladata; a működési elégtelenség, a hepatargia pedig az összes májműködések kiesése által feltételezett autointoxicatioja a szervezetnek.

A functionális kórjelzés elégtelenségére vall továbbá az is, hogy a máj legkimagaslóbb működési zavarában, az icterusban, azon esetekben, a hol nyilvánvaló boneczolástani, mechanikai úton az epe felszívódását magyarázni nem tudjuk, e jelenség értelmezésében a legutóbbi időkig a legnagyobb zavar, a legkülönbözőbb hypothesisek uralkodtak, a melyeknek elég csak a nomenclaturáját látnunk, hogy tisztában legyünk azon bizonytalansággal, a mely azokat szülte: így keletkeztek a haematogen, pleiochromiás, polycholiás, diffusiós icterus elnevezései, a melyekhez újabban a paracholia, a parafunction kifejezések is csatlakoztak.

A máj megbetegedései sorában legnagyobb klinikai jelentőséggel a máj idült szövetközi gyuladása bír. A chronikus hepatitis interstitialis, dacára az elváltozások lényegében rejlő gyakori megegyezésre, tudniillik a kötőszövet diffusz megsaporodására, anatómiai megjelenésében mégis a legnagyobb változatosságot mutatja. Már az aetiológiai momentumok szempontjából is az egységes csoportosítás a legtöbbször lehetetlen. Csak utalok a vér- és az epepangás által feltételezett májelváltozásokra, a melyek végeredményükben valóságos cirrhosis, a cardiális és biliáris cirrhosis képződésére vezetnek. De ezen secundaer cirrhosisokon kívül a primaer cirrhosisok anatómiai megjelenése is, a parenchyma és az interstitium kölcsönös viselkedése, az interstitium különböző részleteinek az elváltozásokban való szerepe, a szaporodott kötőszövetnek a májacinusokhoz való viszonya szempontjából szintén igen nagy változatosságot mutat. Pedig tisztában kell lennünk vele, hogy ezek nem csupán histológiai részletek, mert végeredményükben az egész kórfolyamat kialakulására befolyással vannak. Természetes, hogy az anatómiai kép ilyen nagy változatossága mellett a betegség klinikai megjelenésében még nagyobb rendszertelenséggel találkozhatunk, a mint ezt a sokszoros klinikai tapasztalat igazolja.

A diffusz kötőszövetes gyuladás mellett a májnak egyéb kórfolyamatai sokkal kisebb jelentőségűek.

Kiváló fontosságú még az infectiosus granulomák sorában

a syphilis, a mely a májban vagy körülírt gummák, vagy diffusz gyuladások alakjában jelentkezik. Igen sokszor azonban a különböző alakok combinációi, az epentakban vagy vérerekben keletkező következményes elváltozások, a lueses fertőzés által a májban létrehozott egyéb, nem specifikus elváltozások, a melyek az általános táplálkozási állapottal függenek össze, a milyen az amyloid és néha a zsírmáj, a klinikai, de még az anatómiai képet is oly nagy változatossággal ruházzák fel, hogy az eligazodás néha nagy nehézségekbe ütközik.

A májnak daganatai között leggyakoribb a másodlagos carcinoma, a mely az elsődleges gócz felismerése esetén, továbbá a lokális jelenségek és az összszerkezetre gyakorolt hatása révén legtöbbször felismerhetővé válik. Persze igen sok eset van, a hol a máj felszínén tapintható egyenetlenségeknek, göböknek biztos kórboneczolástani megítélése, vajjon tumorról, gummával, vagy cirrhotikus behúzóddással, illetve csomószerű kiemelkedéssel van-e dolgunk, csak post mortem fog sikerülni.

Az epentak megbetegedései a lob és a daganatok fejezetébe, továbbá a coementum-képződések sorába tartoznak. Ezekre vonatkozólag az általános részben elmondottakra utalunk.

A pancreas megbetegedései sorában az acut pancreatitis haemorrhagica és a pancreaszirnekrosis bírnak klinikai, de főképen kórboneczolástani jelentőséggel, a mennyiben helyes diagnosisuk az élőben csak igen ritkán sikerül. Heves, ileuszerű keletkezésük miatt legtöbbször belső incarcerationioval tévesztetnek össze. A pancreas daganatai közül legfontosabbak a pancreasfej carcinomái. A pancreas elváltozások kórboneczolástani megítélésére, illetve az elváltozásoknak a pancreasban való localisatiojára a pancreasműködés kiesésének klinikai jelei igen jól értékesíthetők.

Az idegrendszer megbetegedései a klinikai tudományoknak rendkívül nagy és felette érdekes fejezetét teszik; a boneczolástani pathológiának azonban csak igen kevés rész jut belőle. Az idegrendszer pathológiájá, azt lehet mondani, kimeríthetlen tárháza a legváltozatosabb és legsajátosabb klinikai jelenségeknek, de annál színtelenebb és egyhangubb a pathológiai anatómia szempontjából. Egyrészt, mert a kórboneczolástani elváltozások, noha oly óriási tömegét tudják létrehozni a klinikai kórképeknek, magukban véve kis térre szorúlnak össze, az elváltozásoknak aránylag kis csoportját foglalják magukba és ilyen módon ugyanazon boneczolástani laesio, részben localisatiojánál, részben a környező szomszédos szövetek által adott körülményeknél fogva a legkülönbözőbb klinikai nyilvánulásokra vezethet. Másrészt pedig itt szerepelnek, mint az idegrendszeri megbetegedéseknek hatalmas nagy fejezete, a functionális betegségek, a melyekben organikus, boneczolástani elváltozásokat egyáltalán nem találunk.

Az idegrendszer megbetegedéseinek kórboneczolástani szempontból való különállása, sajátossága mutatkozik már abban is, hogy ellentétben az eddig tárgyalt szervi bántalmakkal, a pathológiai-anatómiai elváltozások közül legnagyobb szerep a degeneratioknak jut, az idegrostok és dúczsejtek degeneratiojának, a melyhez azután gyakran a neuroglia szaporodása útján sclerosisos állapot csatlakozik. Ha az elváltozás csak egyes területekre, egyes góczokra szorítkozik, akkor ez az ezen góczoknak megfelelő klinikai jelenségeket hozza létre, a melyek épen ezért localisatiojuk szerint igen polymorph klinikai képet adhatnak. Ha ez az elváltozás anatómiailag és functionálisan is összefüggő idegpályákat illet, akkor systemamegbetegedésekkel állunk szemben, a melyeknek klinikai képe is épen ezért sokkal egységesebb, egyöntetűbb.

A regressiv elváltozások legnagyobb foka, a nekrosis, a mely az idegszövet állományában a colliquatiós nekrosis, a lágyulás képe alatt folyik le, szintén gyakori boneczolástani alapja az idegbántalmak egy jelentékeny fejezetének. Ugyanilyen lágyulást, mint a minőt ezen, akár thrombosis, akár embolia útján létrejövő ischaemiás nekrosis okoz, létrehozhatnak néha az idegszövetben keletkező gyuladások, a mely körülmény már magában is a klinikai kórboneczolástani diagnosisnak hátrányára szolgál.

Még aránylag legpontosabb kórboneczolástani kórjelzést állíthatunk fel olyankor, a midőn a gyuladásos folyamat nem az idegszövetben magában ül, hanem az agyi vagy gerinczagi meninxekre szorítkozik. Ilyenkor, különösen a lumbal punctio







lanná tenni. Teljes csíramentességet nem lehet vele elérni, már csak azért sem, mert a viaszimpraegnatio az izzadság számára átjárható. A viaszimpraegnatio eléggé tartós, hosszadalmasabb dolgozás ártalmára van, de csak a bőrnek felsőbb rétegeiben szenved valamit. A bőr mélyebb rétegeiből még erőlyes mosással sem lehet a viaszt eltávolítani. A chyrosoternek naponként való használatakor a bőr viaszos marad, ami a kéznek előnyére van. Az ilyen kézen geny vagy más fertőző folyadék csak felületesen tapad, a nélkül, hogy a mélybe hatolna, és így mosással könnyen eltávolítható. A kézzől a viaszt aetherrel lehet eltávolítani.

Ajánlatos a chyrosoternek használata az ambulantián. Így a nagy sebészeti poliklinikumon igen nagy tere jut a használatának, mert ott az asepsises és sepsises műtéteket nem lehet egymástól teljesen elkülöníteni. Friss sérülésekkor vagy az ambulantián csinált kisebb műtétekkor nem desinfiálják a műtési területet, hanem benzinnel való megtisztítás után chyrosoterrel besprayezi és azután látják el a sebet, vagy fognak a műtét keresztülviteléhez, azt tartván, hogy sérülésekben a mosással a csírákat igen könnyen a sebbe viszik.

Az eredmények, mint láttam, nagyon jók.

Czél szerű tehát az eljárás azért, mert a desinfiálás által tönkre nem tett bakteriumokat legnagyobbbrészt ártalmatlanná teszi és mert a váladék nem marad a bőrön, hanem leperreg és így nincs alkalom, hogy a nedvesség, a bőrt felpuhítva, annak porusaiba hatolhasson és az esetlegesen ott levő bakteriumokat a felszínre hozza.

Abban az irányban, hogy bakteriumok jutnak-e műtét közben az említett eljárások után a bőrre és a seb különböző mélyen fekvő rétegeibe, bakteriologiai vizsgálatok folynak, a melyek az eredményeket kielégítőnek mutatják.

Ily módon előkészítve a kezeket és a műtési területet, minden egyéb a műtétkor használt ú. n. óvó készüléket, mint például szájkötőt, bajuszkötőt vagy álarcot feleslegesnek tartanak. Keztyűt, még pedig csupán steril, száraz gummikeztyűt talcummal behintve, valamint a kezét is talcummal behintve, csak abban az esetben használnak, a midőn nem szoros értelemben vett steril műtétről van szó. Tehát a szájbán, kifehélyesedett daganatokon, a végbélben végzendő műtétekkor, genyes esetekben használnak keztyűt, azért, hogy elkerüljék a kezek befertőzését. Agyműtéteknél, hasműtéteknél, izületi és csontműtéteknél, ha előreláthatólag nincs genyes vagy fertőzött esettel dolguk, keztyű nélkül, tehát szabad kézzel dolgoznak. Ha műtét közben fertőző eset kerül véletlenül elő, azonnal keztyűt húznak. A keztyű tehát csak arra szolgál, hogy a kezek befertőzését megakadályozza.

Ezeket tartván alapul a sebkezelésben a sebnek primára való gyógyulása feltételül, czél szerű megemlíteni, hogy a műtétkor szükséges vérzéscsillapítást, varrást, mint a seb miként gyógyulásának főkéllékét, mily módon eszközlik.

A vérző ereket „Schieber“-be fogva, selyemmel vagy catgut-tal kötik le. Általános szabály az, hogy úgy a lekötésnél mint a varrásnál — az izom- és invarratokat illetőleg — selymet akkor használnak, a midőn absolut steril műtétekről van szó, catgutot pedig, a midőn fertőzött műtét esete forog fenn. Ezen szabályhoz azonban nem ragaszkodnak pontosan. Általában a selyemhez nagyobb bizalmuk van, a mennyiben jobban sterilizálható mint a catgut. A selymet alkohol-aetherben készítik elő, azután 1%-s szublimatban főzik ki. Használat előtt újból kifőzik, vagy pedig szárazon sterilizálják és úgy használják. Catgut gyanánt a cumolcatgut jön alkalmazásba.

Hogy valamely műtétet kényelmesen elvégezhessünk, rendkívül fontos a betegnek nyugalomba hozása. Ezt elérhetjük az anaesthesiával, a helybeli és általános érzéstelenítéssel. Bier igen nagy jövőt jósol az anaesthesiának, a mely azonban ma még sok kívánni valót hagy hátra. Nagy barátja a lokális és az intermediaer vagy medulláris anaesthesiának, melyet maga is iparkodik még továbbfejleszteni. Kíváncsú, hogy a narcosist vagyis a centrális anaesthesiát teljesen kiküszöböljük, de ez, fájdalom, mindez ideig nem lehetséges. Így tehát a klinika is kénytelen a narcosishoz fordulni.

Az alsó végtagok műtéteiben, alhasi műtéteknél, a lumbal-anaesthesiát használják 1 cm<sup>3</sup> 5%-os tropacocainnak a III—IV. vagy ritkábban a II—III. ágyékcsigolya között a dura mater alá

történő befecskendésével; ez az eljárás csak az érzést bénítja, a mozgathatóságra nincsen befolyással. Melléküneteket kevés betegen észleltek, azonban a betegek rendkívül heves fejfájásról panaszkodnak.

Nyaki műtéteknél legnagyobbbrészt a helybeli anaesthesiát használják, még pedig 1/2%-os novocainnak adrenalinval való keverékét, vagy a Schleich-féle anaesthesiát, csak hogy újabban cocain helyett alypint vesznek. Használatos a Hackenbruch-féle körülfeccskendés (Umspritzung), a midőn az anaestheticumot (novocain + adrenalin) a műtési terület köré, ha pl. tumorról van szó, ez alá és köré fecskendezzük, továbbá a vezetési anaesthesia (Leistungsanästhesie), a midőn a lefutó idegek mentén fecskendezzük be az anaestheticumot. Ezt igen gyakran alkalmazzák nyaki tumorok, strumák operálásakor és ekkor a n. auricularis magnus, n. subcutaneus colli, n. supraclavicularis kilépésének helyén a m. sternocleidomastoideus mögött történik a befecskendés, megkerülve a vena jugularis externa-t, a melyet enyhe leszorítással teszünk láthatóvá.

A felső végtagok műtéteknél ajánlatos volna a clavicula felett a plexus köré fecskendezni az anaestheticumot, esetleg el lehetne érni a felső végtagok érzésteleniségét, épen úgy, mint a lumbalanaesthesiával az alsókét. Ezt a kérdést azonban csak felvetették, de még nem vitték keresztül. A helybeli anaesthesiával szép eredményeket érnek el, csak nagyfokú technikai gyakorlatot és ügyességet követel. Néha azonban cserben hagy, és ekkor a narcosishoz fordulnak.

Azon műtéteknél, a melyekben a narcosist használják, chloroform- vagy aethernarcosis jöhet szóba. Igen gyakran alkalmazzák az aetherbódulatot kisebb műtétek végzésekor, ha a helybeli anaesthesia eredménytelen.

A műtétek befejezése után a sebet a már említett varratokkal egyesítik, a bőrt minden egyes alkalommal csomós selyemvarrattal. Az így egyesített sebet és környékét nem mossák meg, hanem steril gazet helyeznek fölé, melyet körülbelül 5 cm. széles, többszörösen átlukasztott ragtapasszal (Helfoplasttal) erősítenek meg. A kötések nagy részét ily módon alkalmazzák. A nagy területű sebfelületek felett azonban nagy kötések alkalmaznak steril gazezel, vattával és pólyával. Az arc operációs sebeire csak az első napon adnak kötést, néha még azt sem, és a beteg a varratok kiszedéseig kötés nélkül jár.

A gyógyulási eredmény, a mi a prima intentiót illeti, általában véve nagyon jó, a gyógyulás ritka, úgy, hogy maga Bier csodálatosnak tartja, hogy oly viszonyok között, mint a milyenek között operál — tudniillik kis műtőterem, nem a legmodernebb berendezéssel és vagy 200 főnyi hallgatóság előtt — oly szép eredményeket ér el.

Azon esetekben, a melyekben a műtét után kétes a sebnek primára való gyógyulása, drainsövet használnak, különösen ott, a hol esetleg kisebb üreg maradt hátra. Drainul finom, vékonyfalú, körülbelül 20 cm. hosszú gummicsövet — *cigaretta-drain* — használnak, a melyen keresztül steril gaze van húzva. Az ily drain nagyon jól vezet, és azért ajánlható, mert a sebből könnyen eltávolítható, a mennyiben a gummi nem tapad a sebzhez, a gaze pedig nem érintkezik a sebbel egész hosszában, hanem csak a végén, mert a gummicsövön belül van. A drainsövet 24 óra múlva eltávolítják a sebből. Oly helyeken azonban, a hol nagyobb vérzéstől lehet tartani a sebben, mint például az amputatióknál vagy strumaműtéteknél, esetleg hosszabb ideig is bennhagyják.

Nagyobb üregekben, tályogüregekben, vastag drainsövet használnak, s ilyenkor esetleg tamponálásra is kerül a sor. A tamponálást minden esetben száraz, steril gazezel, pólyával végzik.

A sebkezelésben általában a száraz kezelés nagy szerepet visz. E mellett használatban van a kenőcsös kezelés, mint a salicyl-zinkpasta sarjadzó sebekre, úgyisintén a bőrkenőcs. Üregek fertőtlenítésekor vagy kitisztításakor a hydrogen-hyperoxyd jön alkalmazásba. Irrigatót nem igen használnak, a műtéteknél alig jön alkalmazásba, ha igen, akkor is csak physiologiai konyhasó-oldattal, míg 1%-s szublimattal ritkán, kivéven csonttályogmegnyitáskor, a midőn 1%-s szublimattal kimossák az üreget, azért, mert utóbb a lágyrészeket és a bőrt felette összevarrják — a mint újabban ezt gyakrabban megkísérlik —, hátrahagyván a drainnek egy kis nyílást.



## Magyar orvosi irodalom.

**Klinikai füzetek**, 1908. 2. füzet. *Zirkelbach Antal*: A tüdő- és mellhártyabajok physikális terapiája. *Weiss Emil*: Socialhygienikus védelmezés culturális eszközökkel.

**Gyógyászat**, 1908. 9. szám. *Szabó Sándor*: Megjegyzések az asepsisről a szülészetben. *Molnár Vidor*: A hydropyirin terapeutikus értéke.

**Orvosok lapja**, 1908. 9. szám. *Jankura Iván*: Agyvérzés. *Tafner Vidor*: A modern vérvizsgálgó eljárások.

**Budapesti orvosi ujság**, 1908. 9. szám. *Hollós József*: A tuberculosis gyógyításáról. „Fürdő és vizgyógyászat” melléklet, 1. szám. *Sümei József*: Az arteriosclerosisról. *Farkas Márton*: A vízkúráról és az edzésről.

## Vegyes hírek.

**50 éves orvosi jubileum.** A napokban mult 50 éve annak, hogy id. Hável József dr. a budapesti egyetemen orvos- és sebészdoktorrá avattatott. Hável dr. 1828-ban született Tata-Tóvárosban. Gimnasiunai tanulmányai után részt vett a szabadságharcban, melyben a honvédhadnagyságig vitte. A szabadságharc lezajlása után szülőhelyén húzta meg magát 1852-ig, ezután beiratkozott orvostanhallgatónak a budapesti egyetemen. Oklevélét megszerelve, két évig segédorvos volt a Rókus-kórház sebész osztályán, 1860–63-ig magángyakorlatot folytatott Pesten, 1863–72-ig községi orvos volt Csereken és 1872 óta Zomborban működik mint törvényszéki orvos, fogházorvos és vasúti orvos. Hável József dr. hosszú orvosi működése alatt mint orvos és mint ember egyaránt kiérdemelte és elnyerte polgártársainak tiszteletét s az orvosi rendnek mindenkor becsületet szerzett. Az orvostudománytanár-titkület s az egyetemi tanács elhatározta, hogy Hável dr.-nak 50 éves jubileuma alkalmával orvosi diszoklevelet állít ki.

**Kinevezés.** *Grósz Emil* dr. egyetemi ny. r. tanárt az igazságügy-minister az igazságügyi orvosi tanács tagjává nevezte ki. — A belügy-minister *Fabritius Agoston* dr.-t a brassói állami szemgyógyintézet igazgató-főorvosává nevezte ki. — *Hoffbauer Lajos* dr. ny. ezredorvost és kispesti magánorvost Pest megye főispánja Kun-Szent-Miklósról járás-orvossá nevezte ki. — *Schwarz Bertalan* dr.-t Szombathelyen vasúti orvossá, *Jekelius Alfréd* dr.-t a brassói központi kórház főorvosává, *Kuge Ede* dr.-t a gyulai központi kórház alorvosává, *Rochel Aurél* dr.-t ugyanoda segédorvossá és *Vertán Emil* dr.-t a hódmezővásárhelyi kórházhoz alorvossá neveztek ki.

**Egyetemi alkalmazások a kolozsvári tud.-egyetem orvosi karán.** A január havi ülésen megválasztottak: *Szilágyi György* dr. II. tanársegédnek a belorvostanon (újraválasztás). *Elthes Béla* gyakornoknak a kórbonecolástani intézetben. *Davilovics József* dr. első tanársegédnek a közegészségügyi intézet mellett. *Kopenetz Lajos* és *Kisszel Dávid* demonstrátoroknak a bonecolástani mellé. *Paszternák Oszkár* műtőnövevényeknek. A február havi ülésen megválasztottak: *Szabó Richárd* dr. gyakornoknak a belgyógyászatban. *Ferencz Áron* dr. egyet. gyógyszer-tárgyi segédnek (újraválasztás). *Borbély László* dr. I. sz. *Markbreiter Irén* dr. II. tanársegédnek a szemészetben (újraválasztások).

A kolozsvári egyetem orvosi karán az 1907–08 tanévben 282 hallgató iratkozott be.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárába befizettek 4–4 koronát: Szegváry István, Szántó Armin, Sebestyén Ödön, Takáts Márton, Várady László, Maros Mór, László Frigyes, László Mór, Moskovitz Ignác, Fuchs Dávid, Flesch Nándor, Hoffenreich Mór, Csillag Zsigmond, Goldstein Jakab, Bonyhardt Mór, Himler Izsó, Detre László, Pollák Mór, Hetényi Imre, Glass Izor, Hönig Izsó, Esler Miksa, Grossmann Arthur, Szamek Fülöp, Kádár Gyula, Szabó Mihály, Pozsgay Lajos, Friedler Ernő, Erdős János, Koch Béla, Gergő Samu, Raizs Mór, Ungár Adolf, Frommer Ignác, Weil Dávid, Friedrichofsky László, Stahofsky Antal, Fanzler Lajos, Arányi Zsigmond, Téry Ödön, Chyzer Kornél, Wagner Károly, Zithester Gusztáv, Baltazár Géza, Madarász Lipót, Kemény Ignác, Raizs Aladár, Hazslinszky, Martinovszky Jenő, Szőke István, Grázl János, Bonyhardt Mór, Salgó Jakab, Rózer Gyula, Kaczánd József, Rajnay Béla, Weisinger Frigyes, Marady Árpád, Hoff Mór, Korek József, Steller Gyula, Dolecskó János, Jakóbi József, Steiner Károly, Hochstein Mór, Kircz János, Itczés Zsigmond, Deutsch Géza, Rózsa Zsigmond, Urbanek Ede, Bella József, Weisz Bernát, Kovács József, Platzer Sándor, Tenner Vilmos, Forray Pál, Engländer József, Schvarcz Sándor, Fekete Gábor, Elszász Emil, Simonyi Adolf, Molnár Elek, Stauber Hugó, Wirkfeld Béla, Ullmann Antal, Pláger József, Perl Antal, Lukács Imre, Lenlaux Lipót, Mikulesz János, Molnár Hugó, Koczián Géza, Klein Arthur, Steiner József, Singer Henrik, Sági Samu, Szederkényi Miklós, Wagner Dániel, Asztalos Kálmán, Dobrovits Mátyás.

A budapesti egyetemi I. sz. női klinikán január havában 156 szülés történt; a született magzatok száma 157 volt, még pedig élő 134, halott 14, macerált 9; érett 118, kora 26, éretlen 13; fiú 73, leány 75, kérdéses nemű 9; törvényes 61, törvénytelen 96; a terhesek, szülők és gyermekágyasok között halálos eset nem fordult elő. A nőbeteg-osztályon összesen 61 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét 103 esetben vették igénybe; a műtétek száma 86 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület január hóban 688 esetben nyújtott segítséget; ezenkívül 635 szállítást végzett, 84 esetben mint mozgóórszolgálat szerepelt és 17 esetben vaklárma miatt vonult ki. A január havi működési főösszeg 1424.

Tátrafüreden a téli évadban február 25.-éig 457 vendég tartózkodott.

**Megjelent.** *Ernyei Miksa* dr.: Védekezés a fertőző betegségek ellen. Különlenyomat az „Egészség” 1908. 2. füzetéből.

**Meghaltak.** *Vidor Zsigmond* dr., a Stefánia-gyermekkorház egykori szemész-főorvosa, e hó 1.-én 72 éves korában. — *Baer* dr. titkos egészségügyi tanácsos Berlinben, széles körben ismert író az alkohol-kérdés s a börtönügy terén, 72 éves korában február 23.-án.

**Kiseb hírek külföldről.** A berlini állatorvosi főiskolán az élet-tan rendes tanárává *C. Abderhalden* dr. berlini magántanárt nevezték ki. — A lipcei nőorvostani klinika tantermében február 17.-én leplezték le a klinika volt nagyírú tanárának, *Credé*-nek († 1892) mell-szobrát. — A párisi egyetem orvosi karán egy második nőorvostani rendes tanári állást szereztek, s arra *Ribemont-Dessaigner* dr. párisi agrégét nevezték ki. — *Jung Ph.* greifswaldi docent az erlangeni egyetem gynakologiai tanszékére kinevezték. — *Soetberg F.* dr.-t a giesseni egyetemen rendkívüli tanárrá nevezték ki a belorvostanból. — *Bruck W.* dr.-t, a fogászat előadóját a borszlói egyetemen a tanári czímmel tüntették ki. — *Müller J.* würzburgi rendkívüli tanárt a nürnbergi városi kórház igazgatójává választották meg.

A düsseldorfi orvosi akadémián az 1908/9. tanévben két cursust fognak kezdeni gyakorló orvosok részére az orvostudomány minden ágából: egy négyhetes cursust május 1.-én s egy hatheteset szeptember 28.-án. Ezenkívül az orvosi akadémia klinikai és intézeti az egész éven át, még a szünetidőben is rendelkezésére állanak azon gyakorló orvosoknak, a kik bennük ismereteiket tökéletesíteni óhajtják. A cursusokon részt vehetnek külföldiek is; valamennyi cursus ingyenes, csak 5 márka beiratkozási díj fizetendő. Az akadémia titkári hivatala (Moorenstr. 1) szívesen szolgál részletes programmal.

Jelen számunkhoz a **F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Thigenol-Roche”** című prospektusa van csatolva.

Mai számunkhoz a **Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst a/M. czég „Gyógyszerudonságok”** című prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz a **Goedecke és társa czég Leipzig „Arhovin” és „Pyrenol”** című prospectusa van csatolva.

**„Fasor- (Dr. Herezel-féle) sanatorium.”** Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII. Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváncra prospektus.

## Budapesti Zander-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javak: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegzsák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Erelmeszesedés, szívbajok, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bémulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyömbölések.

## JUSTUS Dr. bőrbajosokat

Budapest, IV., Károly-körút 14. 4327  
Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy-módo-k.

**Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13–15.** Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

**Orvosi laboratorium:** Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utca 14–16.) Telefon sz. 90–46.

**Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.**

**Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete,** Budapest VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kiváncra bővebb értesítés.

**Elektromágneses intézet,** Budapest, VII., **Dr. Grünwald-sanatorium.** Főbb javak: neurasthenia, almatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Prospectus. Vezető orvos: **Reh Béla dr.**

**Orvosi laboratorium:** **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26–69.

**DR. RINGER** elme- és kedélybetegek gyógyintézete nők és férfiak részére. Budapest, I., Lenke-út (kelenföldi villamos megálló).

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. 4153  
SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK

**Tartalom.** Budapesti kir. Orvosegyesület. (1908 február 22-én tartott rendkívüli tudományos ülés.) 171. l. — Közkórházi orvostársulat. (I. bemutató ülés 1908 január 15.-én.) 171. l. — A budapesti kir. orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (Ülés 1907 október 29.-én.) 173. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (I. szakülés 1908 február 1.-én.) 173. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(1908 február 22-én tartott rendkívüli tudományos ülés.)

Elnök: Bókay Árpád. Jegyző: Lévai József.

Elnök a következő megnyitót mondja:

Hazánkat fenntartani s magyarnak megtartani csak a mainál nagyobb, fejlettebb, haladottabb, s minden irányban egyenletesebb kultúrával lehet. A szellem munkáit, a kik ezen kultúra épületén dolgoznak, ezért minden munkás között a legjobban kell megbecsülnie társadalmunknak, a mi hogy a mainál jobban megtörténhessék, a szellem munkásainak először is egymást kellene megbecsülniök. De ez, fájdalom, nálunk ritkaság, s ez egyike kultúránk legveszedelmesebb betegségeinek. A mi Egyesületünk távol akarja tartani magát ezt a betegséget, midőn példát akarván adni tagjainak, minden esztendő egy estéjét annak szenteli, hogy egy kulturmunkában nagygyá lett név, a Balassa János név aegise alatt megbecsülésének symbolumos jelével, éremmel jutalmazza és díszíti fel egy-egy oly érdemes tagját, a kinek munkássága a hazai orvostudomány terén terjedelmével és jelentőségével kimagaslik. Ma üljük a megbecsülésnek ünnepét, midőn egyesületünk érdemdús volt elnökének ünnepi előadására gyűltünk egybe, hogy annak keretében átadjuk neki a Balassa-érmet. Nem emlékbeszédet várunk mi tőle, mely Balassa érdemeit dicsőíti; hiszen mindnyájunk nagy lelki gyönyörűségére s a Néhai nagy nevéhez méltóan felkérésünkre elmondotta már az emlékbeszédet az a kitűnő tagtársunk, a kinek első ízben nyújtottuk át az emlékérmét. Mi Tauffer Vilmos tagtársunktól s a jövő években is az utána következő ünnepi szónokoktól oly előadásokat várunk, melyek az ő tudományos működésük egy-egy szakaszának mintegy zárókövei, s melyek az évek során tisztára leszűrődött, s hosszú tapasztalással teljesen megérlelt tudományos igazságokat hoznak elénk. Ilyen lesz, tisztelt Orvosegyesület — tudom jól — a mai ünnepi előadás is, a melynek megtartására ezennel felkérem Tauffer Vilmos tisztelt tagtársamat.

## II. Balassa-előadás.

## 25 év myoma-therapiája.

Tauffer Vilmos előadását, a melyet „Gynaekologia“ mellékletünkben egész terjedelmében közlünk, a következő szavakkal vezette be:

Bőleszen cselekedett a kir. Orvosegyesület, a mikor tudományos működésének egy napját évenként Balassa szellemének szentelte.

Úgy érzem, hogy nagy megtiszteltetés éri azt, ki egy ilyen estén mint szónok az Önök színe elé lép. Magamba szállásra intett e kitüntetés és buzgón kerestem szellemi életem rejtekében azt a legjobbját, melylyel Balassa szellemének hódolni méltó lehetek.

Úgy érzem, hogy tölem, a törpe epigontól, a nagy előd szelleme kéri számon e perczen, hogy miként sáfárokdtam azokkal a nagy morális és anyagi eszközökkel, a melyeket nemzetem, az alma mater és a véletlen szerencse az én gyöngye kezembe helyezett el.

A meghatottságot sem tagadhatom, mikor ez ünnepi alkalommal a dobogóra lépek; hisz ép 26 esztendeje, hogy mint ifjú professor először szólottam e tárgyról a kir. orvosegyesület színe előtt. Lelki szemeim előtt áll karunk oly sok derék alakja, ki akkor körülvelt, kihez szeretett és tisztelet fűzött, ki azóta már nagy részben elköltözött közülünk és édes fájó érzéssel tölt el e perczen a reájuk való visszaemlékezés. Különösen kettő emelkedik ki mai előadásom kapcsán közülük: az én szeretett barátom és nemes ellenfelem a vitában, Antal Géza, és Kovács József, kinek műtői ambícióját nemesen izgatta az akkoriban legnagyobb

sebészeti probléma, t. i. a daganatos méhnek operatív gyógyítása; hisz egyike volt ő a legelsőknek, a kik ezen akkor még merész operálásra vállalkoztak.

Bókay Árpád elnök zárószava:

Épen 30 esztendeje, hogy tagtárs úr egyesületünk tagjai közé felvétellett. Ha a katonának a háborus évek kettősen számítanak, úgy az a folytonos nagy munka, melyet Ön mint orvos, tudós és tanár végzett e 30 év alatt, joggal szintén duplán számítható. Az Ön magasra emelkedett pályája ezen egyesületből indult ki. A külföldről 30 év előtt hazaérkezett, mindnyájunk előtt ismeretlen fiatal orvos értéke itt revelálódott azon feledhetetlen s a tudományos vitatkozás módját illetőleg példatadó ütközetek hevében, melyeket Ön néhai társunkkal, Antal Gézával, a kitűnő és méltó ellenféllel vívott meg, s mely csatákban nem volt vesztes soha egyik fél sem, mert azokból mindkettő mindig csak megerősödve, megnöve került ki. A pálya, mely itt kezdődött, a tehetség és munka szárnyain magasra emelkedett. A Freiburgból Ön által hazánkba plántált operatív nőgyógyászat az Ön buzgó és önzetlen tanításai nyomán az Ön iskolájává lett. A mit tudott, azt önzően soha véka alá nem rejtette, hanem ismereteinek, tehetségének fényével mindig világított maga körül, s ezért nevelhetett kitűnő tanítványokat, de azért is, mert mint igazi természettudós lélek, a csalhatatlanságot maga számára sohasem vindikálta, szőba állott legkisebb tanítványával is s tekintélyének súlyával senkit el nem nyomott, senkire és semmire reá nem nehezkedett. A Balassa-éremmel egyesületünk legjobbjait óhajtja kitüntetni. Ön legjobbjaink egyik legkiválóbbika. Fogadja el egyesületünknek ezen tehetőséget, tudást, munkát megbecsülő ajándékát szívesen, szeretettel. Nagy ennek az értéke, mert beleolvastottuk ezüstjébe elismerésünket, tiszteletünket, szeretetünket.

## Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató ülés 1908 január 15.-én.)

Elnök: Weiss G. S. Jegyző: Körmöczy Emil.

## Hysteriás álomszerű (lethargiás) állapotok.

Donath Gyula: A hysteriának ép oly érdekes, mint ritka megnyilatkozási formáját kívánom bemutatni.

A 17 éves leány családi előzményeiből felemlítem, hogy anyja hysteriás, atyja és 3 testvére pedig insufficientia bicuspidalisban szenved. Ő maga, orvosa közlése szerint, a múlt nyáron typhuson ment keresztül, mely 3½ hétig tartott. Ezután körülbelül 6 hétig jól volt, midőn egyszerre nagy lelki rázkódással (amans, qui matrimonium promisit, eam reliquit) érte. Pár napra reá, szeptember 27.-én, hirtelen álomszerű állapotba esett, melyből nem lehetett felrázni. Ez 2—3 napig tartott. Felébredése után tarkófájdalmakról panaszkodott, úgy hogy eleinte meningitisre is gondoltak. Szeptember 30.-án ismét eszméletlenségi állapot, de most hysterio-epilepsiás göres alakjában: kezdő felkiáltással, a felső végtagok feszítő göresben, a kezek ökölbe szorítva voltak. Ezen hysterio-epilepsiás göresök azóta sűrűn jelentkeztek, míg a beteg október 28.-án osztályomra felvétellett. Itt göresös állapotok többé nem mutatkoztak, hanem kizárólag álomszerű (lethargiás) állapotok, melyek ezen kórképben a domináló szerepet játszzák. A beteg hirtelen, gyakran a legvidámabb beszélgetés közben, ha áll, elesik, ha széken ül, szótlanul lecsúszik, arcára esik, eszméletét azonnal elveszti és úgy fekszik mozdulatlanul, mintha mélyen aludnék. Eleinte, de már eszméletlen állapotban, néha 5 perczig, mereven maga elé néz és azután lehunyja szemét. Ha ágyban éri a roham, egyszerre csak azt venni észre rajta, hogy mélyen alszik. Azonban néhány tünet mégis elárulja, hogy ezen állapot nem valódi alvás: t. i. a reszketés a szempillákon, továbbá hogy a beteget sem rákiáltással, felültetéssel, erős rázással, sem mély tűszúrásokkal és efféle dolgokkal felébreszteni nem lehet.



Azonkívül a felső test teljesen simulékony, míg az alsó végtagok néha mérsékelt feszítő spasmust mutatnak. Ha kissé tovább tart az álomszerű roham, akkor a végtagok kihűlnek. Katalepsia nincs. A pulsus és respiratio rendes, mint a mély álomban. Egy jajszerű sóhajjal végződik az álomszerű roham, utána még  $\frac{1}{4}$  óráig fáj a feje és bágyadt, azután ismét jól van. Osztályomon 70 nap alatt 144 ily roham észleltetett  $\frac{1}{4}$ —80 percnyi tartammal, többnyire 10—30 percig tartanak a rohamok. Csak kevés nap mult el roham nélkül, de volt nap 12 rohammal is.

A vizsgálat kimutatta mindkét szemén a látóterek nagyfokú concentrumos szűkülését úgy a fehérre, mint a színekre nézve. A beteg még a legnagyobb olvasási próbákból ( $D=4.0$  M) sem tud közről egyes betűket kivenni, ámbár Goldzieher kartárs megállapítása szerint mérsékelt myopia (2.5 D) és astigmatismus mellett a látásélesség  $\frac{5}{10}$ . A beteg ennek folytán olvasni sem tud,

de levelet tud írni, a nélkül azonban, hogy az írásra tekintene; ez okból sem az ékezeteket, sem a mondatjeleket nem rakja oda, mert helyüket nem találja és saját írását sem tudja elolvasni, tehát *hysteriás amblyopiával* van dolgunk. A hallása is tompult, a mennyiben a zsebórát mindkét fülén csak 7—8 cm.-re hallja.

Fellette érdekes és tanulságos ezen lethargiás állapotok és a hypnosis közti viszony. A beteg, eleinte félelemnyilvánítás és vonakodás után, az álom suggestiójára vagy Braid-féle fixálásra mély álomba merül, katalepsia nincs, ellenben az alsó végtagok feszítő spasmust mutatnak. Eleinte a hozzáintézett kérdésekre nem válaszol, de később lassan, vontatottan beszél, a mi nem szokása; kérdésekre elmondja, hogy mikor volt első eszméletlenségi rohama és hogy ezekben álmoképei nincsenek. Egy következő, a hallgatóság előtt bemutatott hypnosisban a teljes somnambulismust és a parancsok kivételét demonstrálhattam. Így például, hogy az asztalon lévő zsebórát vegye magához és az ágyban dugja maga alá és felébredésekor adja át nekem. A beteg a hypnosisból nehezen ébreszthető fel, szeméit kimeresztí, egy ideig fascinálva van és azután sóhajjal magához tér. Teljes amnesia, de a posthypnosis suggestiót a zsebórát illetőleg nem teljesíti és nem tudja, hogyan jutott az óra az ágyba. A következő hypnosisban azonban jól tudja, hogy mi történt az előzőben. Ez egyszersmind mutatja a különbséget, mely ezen beteg lethargiás állapotai és a hypnosis közt van. Ott az öntudati reakcióképesség teljes felfüggesztése és ennél fogva teljes amnesia, melyre az emlékezet a hypnosisban sem ébreszthető fel. Itt pedig *éber állapotban* az amnesia a hypnosisra vonatkozólag ugyan megvan, de a hypnosis emlékképei egy másik hypnosisban felébreszthetők. A betegnek lethargiás rohama tehát nem valódi álom, de nem is autohypnosis, ámbár mindkettővel közös vonásai vannak. A hypnosis mindig therapiás suggestióval lett egybekötve és a beteg állapota némileg már javult is, a mennyiben az álomszerű rohamok ritkábbak lettek.

#### Súlyosabb conjunctivitis-esetek Calmette-reactio végzése után.

Brezovszky Emil: Róna tanár megbízásából én is végeztem tuberculinnal bőr- és szemoltásokat.

Első kísérleteinket az eredeti Calmette-féle tuberculinnal végeztük és csak később készítettük magunk altuberculinból 1%-os bőrvizes oldatot.

Összesen 11 lupus vulgarisban és 135 egyéb betegségben szenvedőn végeztem szemoltást.

A 11 lupus vulgaris közül valamennyi pozitív reakciót adott, azaz 15—24 óra múlva a conjunctivitis már kifejlődött.

A becseppentéseket pontosan az előírás szerint végeztem: 1 cseppet a szem belső zugába és ellenőrzésképen a másik szembe 1 csepp glicerint adtam.

4 esetben oly súlyos conjunctivitist kaptunk, hogy szükségnek láttuk bemutatni.

Az első beteg november hó 23.-án kapott a bal szemébe 1 cseppet az eredeti Calmette-féle tuberculin-oldatból. 5 óra múlva könnyezés és viszketés érzése támadt, majd 8 óra múlva conjunctivitis fejlődött, a mely napról napra fokozódott és a harmadik napon nemcsak a palpebralis conjunctiva, hanem a bulbaris conjunctiva is erősen belövelt volt és ciliaris injectio

jelentkezett. A conjunctivitis hetekig állott fenn és a therapiának makacsul ellentállott. A becseppentés utáni harmadik héten pedig a cornea alsó felén a pupilla szélén kölesnyi, piszkos, szürke, elmosódott határú áttetsző folt támadt.

A második beteg november 29.-én kapott 1%-os altuberculin-t; úgy mint az előbbi esetben, 5 óra múlva könnyezés és 10 óra múlva conjunctivitis jelentkezett. Jelenleg a conjunctiva még mindig belövelt, a cornea alsó felén két lencsényi, piszkos vörös, átlátszatlan, a széleken áttetsző beszűrődés, a melyhez sok felszínes vérér húzódik. Az infiltratum a becseppentés után körülbelül 2—3 hét múlva fejlődött ki.

A harmadik beteg december hó 22.-én 1%-os altuberculin-oldatból 1 cseppet, a másik szemébe glicerint kapott. Status praesens: a szemhéjak vörösek, duzzadtak, a conjunctiva erősen belövelt, infiltrált. A bulbaris conjunctiva mérsékeltén beszűrődött, ciliaris injectio van. A cornea borus, alsó-belső negyedében 2 kendermagnyi, piszkos, sárgás, átlátszatlan, szélén áttetsző infiltratum, a melyekhez néhányfelszínes vérér húzódik.

A Calmette-oltás után jelentkező conjunctivitis kellemetlensége még akkor is kísért bennünket, ha az illetőn a tuberculin subcutan injectiók alakjában alkalmazzuk therapiás célból. Ilyen volt például negyedik betegünk, a ki november 27.-én kapott tuberculin-t a szemébe az eredeti oldatból; 2 hét után a szem megnyugodott. Ezután régi tuberculinnal injectiók therapiát kezdettünk. De midőn feljutottunk fokozatosan az  $\frac{1}{1000}$  hígításig, az injectio után körülbelül 7 órával a jobb szemén erős reactio állott be, a mely teljesen hasonlított a Calmette-reactiohoz. A különbség csak az volt, hogy rövidebb ideig tartott (2—3 napig). Ez a reactio azután megismétlődött mindannyiszor, valahányszor tuberculininjectiót adtunk.

Feltűnő, hogy a szemnek ily súlyos elváltozásai csakis lupusos betegekben fordultak elő, vagyis azokon, a kiken különben is gyakori a chronikus conjunctivitis és phlyktaena, úgy hogy arra is gondolhattunk, hogy vajjon a tuberculinbecseppentéssel esetleg nem egy klinice felismerhetlen gümőkóros vagy egyéb gőczmegbetegedést érintettünk-e és nem azért fejlődött-e ki ily heves reactiók folyamata? Azonban az irodalom szerint nem lupusos betegekben is előfordultak hasonló súlyos conjunctivitisok, így Strümpell és Uthoff klinikájáról Wien és Günther közöl eseteket, a melyekben a conjunctivitis chronikus alakot öltött és  $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$  hónapig állott fenn, sőt phlyktaena és a sclerális conjunctiván vérzés is jelentkezett, úgy hogy később az 1%-os helyett a  $\frac{1}{2}$ %-os hígítást alkalmazták. Mindezek után kérdés, hogy csakugyan olyan ártalmatlan kísérlet-e a Calmette-eljárás, mint a hogyan általában mondják?

Hirschler nem tulajdonítja pusztán véletlennek, hogy 300 esetben végzett tuberculinbecseppentés után egyszer sem kapott erősebb reactiót. Csak pontosan kell betartani az előírt feltételeket: a conjunctiva, cornea feltétlenül ép legyen, s mindig frissen készített tuberculinoldat használandó. E szabályok betartása mellett meg leszünk kimélve a súlyos reactio kellemetlenségeitől.

Róna: A bemutatás megfelelt céljának már azzal is, hogy a kautelák szigorú betartására még jobban felhívta a figyelmet.

#### Transpleurális gyomorsérülésnek műtéttel gyógyult esete.

Milkó Vilmos: A transpleurális sérülések különleges helyzetet foglalnak el a heveny has sérülések között. Az a körülmény, hogy ezen sérülésekben megnyílik a mellhártyaüreg s a sértő eszköz a diaphragmán keresztül nyomul a peritoneális üregbe, komplikáltabbá teszi úgy a sérülést magát, mint az operatív beavatkozást. Itt nem elégedhetünk meg azzal, hogy per laparotomiát felkeressük a sérülés helyét, hanem minden egyes esetben szabaddá kell tennünk és össze kell varrnunk a diaphragmán ejtett sebet és ezenkívül meg kell akadályoznunk, hogy még több levegő jusson a pleuraüregbe. Különösen fontos az előbbi követelmény, mivel tudnivaló, hogy a diaphragmán ejtett legcsekélyebb sérülés is utólag rekeszsérv képződésére vezethet. Ezen sérülések diagnosisa nem mindig egyszerű. Könnyű olyankor, ha a thorax sebéből cseplepszdarab prolabál. Itt persze biztos, hogy a sérülés a hasüreget is megnyitotta és feltétlenül javalt a művi beavatkozás, mely abban áll, hogy a megfelelő borda resectioja után reponáljuk a cseplest és összevarrjuk a rekesz izomsebét. Ha a legcsekélyebb gyanú van arra, hogy egyéb hasüri szerv sérülése



is fennforog, a diaphragma sebébe húzzuk a sérült gyomrot vagy belet és innen látjuk el. Legtöbbször azonban czélszerűbb mindjárt median laparotomiát végezni. Nehezebb a diagnosis olyankor, ha a thoraxon ejtett seb kicsiny és igen magasan fekszik. Ha hasi tünet nincs, expectative kell eljárunk. Hasüri sérülést kell felvennünk akkor, ha a hasizmok erősen összehúzódtak, s ha a májtompulat eltűnt.

A szülő tapasztalatai szerint ez a két tünet a rekeszsérülésekben rendszerint megvan, még olyankor is, ha semmi hasüri sérv sem sérült.

A bemutatott eset főleg annak illusztrálására alkalmas, hogy egészen kicsiny és magasan fekvő mellkasi seb mellett súlyos hasüri sérülés lehet s ezért a thoraxsebek megítélésében nagyon óvatosan kell eljárunk.

A 25 éves férfit 1907 december 8-án este zsebkéssel megsúrták. Sérülése után  $\frac{1}{2}$  órával kevés, nem véres ételmaradékot hányt. Fokozódó rosszullét miatt  $2\frac{1}{2}$  órával később a Rókus-kórháznak Herczel tanár vezetése alatt álló osztályára szállították a következő állapotban: Elesett, anaemiás beteg, végtagjai hűvösek. Pulsusa kicsiny, percenként 96. Az eszmélet zavart. A bal VII. bordaközben a bimbó- és az elülső hónaljvonal között  $\frac{1}{2}$  cm.-nyi, éles szélű, nem vérző folytonossághiány. A has az epigastriumban deszkakemény, a hypogastriumban könnyen lenyomható, a bal bordaív alatt nyomásra érzékenység van. A májtompulat eltűnt. Ezen tünetek alapján a diagnosit transpleurális hassérülésre — alkalmasint gyomorsérülésre — téve, az előadó Herczel tanár megbízásából azonnal műtétet végzett. A hasnak a középvonalban történt megnyitása után a peritoneális üregből véres savó és gyomortartalom ömlik. A felső vékonybelek serosája fényesvesszű, belővelt. A gyomrot előhúzza, elülső falán, közel a cardiához, filérnyi, erősen vérző lik, melyből a nyálkahártya prolábil. Kétretegű Lambert-varrat. A hátulsó falon nincs sérülés. A has gondos kitörése után réteges hasfalvarrat. A diaphragma sérülését, minthogy igen magasan fekszik, a thorax felől látta el oly módon, hogy a külső sebet hét cm.-nyire tágitva, a VIII. bordát resekálta, s a két cm. hosszú diaphragma-sebet catguttal összevarrta. A pneumothorax keletkezését úgy akadályozta meg, hogy a megnyitott pleura sebszéleit néhány finom öltéssel a diaphragmához varrta. Teljes bőrvarrat drainézis nélkül.

A beteg a műtét után erős bronchitist állott ki, de egyébként zavartalanul gyógyult.

**Balás Dezső:** Három esete volt, a melyben transpleurális hasi sérülés is fennállott. Kettőt a közkórházi orvostársulatban be is mutattott. A pleurális sérülésekben, különösen ha a sebzés iránya lefelé tart, mindig meg kell csinálni az exploratív laparotomiát, tekintettel az esetleges hassérülésre. Legfontosabb a diaphragma gondos ellátása. Ha nem varrjuk be jól a diaphragmát, rekeszsérv keletkezhetik, mely majdnem mindig halálos. Egyetért az előadóval, hogy sokkal egyszerűbb és könnyebb a rekeszsebet bordaresectio után a mellüreg felől ellátni, mint a has felől.

## A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(Ülés 1907 október 29.-én.)

Elnök: Navratil Imre. Jegyző: Lipscher Sándor.

### Compressio tracheobronchialis esete.

**Navratil Imre:** A 35 éves férfi 4 hó óta köhög, a köhögéshez később nehézlégzés, majd fuladozás csatlakozott. Az utóbbi időben a jobb lapoczká táján és a mellkasban fájdalmak jelentkeztek. Folyó év október 15.-én vétette fel magát osztályára. Az elég jól táplált egyén mérsékelt cyanosisos, légzése hiányos, hörgő, köhögése gyakori, göresös; éjjelei nyugtalanok fokozódó dispnoéja miatt.

A szegycsont felett a két parasternumos vonal közti téren a II.-tól a VI. bordáig tompulat, mely felfelé tölesérszerűleg kiszélesedve, a kulcsont közepéig terjed jobboldalt, míg baloldalt a szegycsontizület irányában halad. A tompulat alul bal felé átmegy a szívtoimpulatba, mely a bal csecsvonalban a VI. bordaközéig terjed. A jobb tüdő alsó határa elül egy bordaközéig

le van tolva. A bal tüdő elül átmegy a gyomor dobos kopogtatási hangjába. Hátul a tüdőhatárok mindkét oldalon a XII. borda alsó szélén vannak. A tüdők felett elül mindenütt érdes légzés, számos szöreszörejjele, jobboldalt elül olykor gyengült a légzés, olykor szöresögő. Hátul baloldalt mindenütt érdes légzés, számos szöreszörejjele, ugyanez a jobb tüdő alsó részeiben, míg a tüdő feletti és lapoczközti tájon jobboldalt a hörgihez közeledő légzés. A szívhangok tiszták, ékeitek; a pulsus 85, gyenge, üres. A pulsus a végtagokon sehol késést nem mutat, a gégében hűdés nincs. A köpet vizsgálata gümöbacillusokra és egyéb kóros alkotórészekre negatív. Bujakóiban a beteg nem szenvedett, e baj tünetei nincsenek meg. A Röntgen-vizsgálat a szegycsont táján levő nagyobb homályt mutatott. Az előadó a fenti pozitív tünetek alapján gátori sarkomát vesz fel a legnagyobb valószínűséggel.

### Noma a felső és alsó ajkon.

**Navratil Imre:** A 20 éves vályogvető cigány 1905 október havában vette észre, hogy állán tyúktójsányi daganat keletkezett, mely nemsokára felfakadt és híg sárgás váladékot ürített. Nem gyógyulván a baj, 1906 június havában a kisvárdai kórházba vétette fel magát, hol a seb jodoformbehintésekre gyógyult.

Jelen baja folyó évi március havában támadt. Az alsó ajkán meggyorómeckoráságú daganat képződött, mely csakhamar kifehélyesedett, gyorsan terjedt az alsó ajk mentén a bal szájzúgra és innen a felső ajakra. Az alsó és felső ajkot elpusztított, 3—4 cm. széles, öblözetes, felhányt szélű, szennyes, kivájt alapú fekély a vestibul. oris nyálkahártyájára is áttért; a bal alsó és felső metszőfogak csúspáron állanak elő; folytonos nyálfolys. Az állalatti mirigyeknek csak csekély duzzanata van jelen. A beteg lusta tagad, tünetei nem is mutathatók ki; a tüdő ép.

Tekintettel azon körülményre, hogy a beteg (vályogvető cigány) mocsaras helyeken dolgozott, a bántalmat gyors terjedése és minden gyógyulási hajlam hiánya miatt nomának tartja. Az alkalmazott helybeli szerek és belsőleg nyújtott zsongitók hatástalanok maradtak. A jodkalium használata is eredménytelen volt.

**Donogány Zakariás:** Buday noma-esetben Vincent-féle fusiformis-bacillust talált; keresni kellene itt is.

**Baumgarten E.:** Stieptococcus-serum használatát ajánlja.

**Navratil Imre:** Nem sokat vár tőle.

(Folytatása következik.)

## Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(I. szakülés 1908 február 1.-én.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

**Kenyeres Balázs** előadása: **Idegen testek helyének meghatározása Röntgen-sugarak segítségével.** Az előadó felelőleg az idegen testek meghatározására szolgáló eljárások hiányosságát általánosságban, behatóbban foglalkozik az egymásra merőleges síkokban átvilágításkor előforduló hibákkal és a stereoskopos felvételek készítésének előnyeivel. Ez utóbbiak használhatóságát számos felvétel bemutatásával demonstrálja. Szól a Fürstenau-féle mélységmérőről és a vele végzett próbáiról. Ezek alapján az eszközt a Bauer-féle kettős katóddal bíró Röntgen-csővel együttesen használva a gyakorlatban jól alkalmazhatónak tartja.

Hozzászól: Sándor István.

(II. szakülés 1908 február 8.-án.)

**1. Kanitz Henrik tonsilla-sclerosis** három esetét mutatja be. A három eset közül kettő virgót illet, egy pedig 34 éves férjes asszonyt. A fertőzés módja egyik esetben sem volt megállapítható. A bemutató utal arra, hogy Erdélyben, a hol a syphilis néha járványszerűen terjed, a betegségnek extragenitális úton való átvitele igen gyakori. A fertőzés kapuja gyanánt ilyenkor elég gyakran szerepel a tonsilla, még pedig bizonyára gyakrabban, mint az a biztosan felismert esetek számából következtethető. Valószínű ugyanis, hogy egy része az eseteknek — minthogy az elváltozások nem mindig jellegzők — észrevétlen



marad. A kórjelzés felállításakor a kísérő tünetek veendő figyelembe, melyek között első sorban a táji mirigyek viselkedése értékesítendő.

2. Makara Lajos: Orrszárnyhiány pótlása a fülből. A 16 éves leány jobb oldali orrszárnyhiánya állítólag három éves korában orbáncz után keletkezett. A műtetet 1908 január 8-án végezte a König-féle módszer szerint, s csak annyiban tért el König eredeti leírásától, hogy a fülből csak a szükséges nagyságú és alakú darabot metszette ki, míg König a fülből nagyobb darabot metsz ki és abból szabja ki a pótló lebenyt.

A bemutatott König-féle plastikánál a fülből vett bőrporez-lebeny hasonló összetételű helyre kerül. Bőr a bőrrel, porcz a porcczal érintkezik, miáltal a lebeny megtapadása és változatlan megmaradása legjobban biztosíthatik.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

609/908. sz.

Gyoma nagyközségben megüresedett egyik községi orvosi állásra pályázatot nyitok. Az állás javadalmazása 1200 korona évi készpénzfizetés, látogatási díjak nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 20 fillér a község belterületén és a kertekben. A község külterületén nappal 2 korona, éjjel 4 korona. Az orvos lakásán betegvizsgálati díj vényírással 40 fillér. Halottkémlésért és a szegények gyógykezeléséért díj nem jár.

Felhívom az állást elnyerni óhajtó orvos urakat, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában megjelölt elméleti és gyakorlati képzettségüket igazoló bizonyítványokat felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám f. évi márczius hó 20-áig beadni sziveskedjenek.

Gyoma, 1908. évi február hó 22-én.

2-2

Rohoska, főszolgabíró.

Magánorvosi állás 1000 korona fix és mintegy 3000—5000 korona mellékjövdelemmel azonnal átvehető. Egyedüli feltétel a lakbérleti szerződés átvétele. Cím: Kemény Salamon dr., Sopronlővő.

681/908. sz.

Kisküküllő vármegye hosszúaszói járásába kebeleztet Zsidve nagyközség községi orvosi állása üresedésben lévén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. és az 1883. évi I. t. cz. 9. §-ában előírt képesítésüket, valamint netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi április hó 14-éig adják be.

A választást f. évi április hó 15-én Zsidve községében d. e. 10 óra-kor fogom megjelteni.

Megválasztandó orvos állását legkésőbb május hó 1-én köteles elfoglalni. Annak előrebocsátásával, hogy az orvos javadalmazásának rendezése most van foganatban s végleges rendezéshez még csak a törvényhatósági közgyűlési határozat szükségeltetik, közlöm, hogy az orvos javadalmazása lesz:

Törzsfizetés a dsztmártoni m. kir. adóhiv. havi előleges részletekben felvehető 2000 korona. A község által szolgáltatandó lakás, 2 szoba, egy rendelő szoba, konyha, kamra, megfelelő összes gazdasági épületek s kertből.

A házszemle és halottkémlés díjtalan teljesítéséért 4 hosszú öl tűzifa. Látogatási díjak: első látogatás a beteg lakásán 1 korona s minden további 50 fillér.

Az orvos lakásán 40 fillér.

Megjegyzem, hogy a községben gyógyszerár van.

Hosszúaszó, 1908. évi február hó 29-én.

3-1

Fazakas Géza, főszolgabíró.

24,936. sz.

A petrozsényi m. kir. közsébbányahivatalnál betöltendő bányarvosi állásra a X. fizetési osztály 3. fokozatában évi 1600 korona fizetéssel, az 1904. évi I. t. cz. értelmében fizetés természetével bíró évi 400 korona személyi pótlékkal, természetben adott lakással vagy ennek hiányában törvényszerű lakpénzzel, 54 ürköbméter tűzifajárandósággal, esetleg e helyett ezzel egyenértékű természetben adott szénilletményvel és a termelés után szabály szerint adott jutálékra való igényvel, végül két szolgálati ló eltartására évi 56 métermáza szén, 61 hektoliter zab és 360 korona kocsiartási átalánynyal pályázat hirdetnek.

A kinevezett orvos részére ideiglenesen egyelőre havi 50 korona működési pótlék is engedélyeztetik.

Felhívom azokat az orvostudorokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás béléggel ellátott folyamodványukat előjáró hatóságuk, vagy ha állami szolgálatban nem állnak, azon törvényhatóság főispánja (Budapest a főpolgármester) útján, melynek területén laknak, a jelen pályázatnak a „Budapesti Közlöny”-ben való első megjelenésétől számított három (3) hét alatt a m. kir. pénzügyminiszteriumhoz nyújtják be.

Folyamodó köteles hiteles okmányokkal igazolni, illetőleg kitüntetni mindazokat a kelleket, melyek a kiírt állásra megköveteltetnek, nevezetesen:

1. családi és keresztnévét, honosságát, születési helyét, életkorát, vallását és családi állapotát;
2. megszokott nélküli előéletét (curriculum vitae);
3. nyelv- és szakismeretét, netalán klinikai vagy kórházi szolgálatát;
4. erkölcsi magaviseletét;
5. hogy katonai kötelezettségének miképen felelt meg;
6. hogy oly egészségi állapotban van, miszerint a szolgálattal egybekötött kötelességek teljesítésére teljesen képes.

Az állás f. évi április közepén, legkésőbb május 1-én foglalandó el s a kinevezés, ha az illető még nem állami alkalmazott, egy év tartamára ideiglenesen történik, a véglegesítés pedig csak egy évi próbaszolgálat után következik be, feltéve, hogy az illető a szolgálat teljesítésével járó kötelességének minden tekintetben megfelel.

Budapest, 1908. évi márczius hó 2-án.

M. kir. pénzügyminiszterium.



A Bór és Lithion tartalmú  
GYÓGYFORRÁS

# SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és  
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

## Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

**Hyperaciditás** ellen gyomor-  
nál alkalikus  
vizek „Rohitschi Styria-forrás” minden  
előtt sikerrel rendelhető.

5278

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

*Vasogen*

Salicyl-Vasogen 10%

a beteg izületekre külsőleg alkalmazva a salicyl gyors és biztos  
hatásait ériük el és teljesen ment a salicyl belső ada-  
golásakor jelentkező ismert, kellemetlen mellékhatásaitól.

Az értéktelen utánzatok elkerülése céljából kérjük mindig  
csak „PEARSON”-féle eredeti csomagolást rendelni.

*Lactagol*

egy specifikus ható lactagogum.

A zsír- és fehérnyetartalom, valamint a tejmeny-  
nyiségnek meglepő gyors szaporodása már 1-2  
nap múlva világosan észrevehető.

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:

Maager Vilmos, Bécs, III/3.  
Heumarkt 3.

**MARGIT** GYÓGYFORRÁS  
(„Margittelep” Beregmege)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a  
légzőszervek hurutos bántalmainál igen jó  
hatású még akkor is, ha **vérzések esete** forog fenn.

Megrendelhető: **Édeskuty L.**-nél Budapesten  
és a forrás kezelőségénél Munkácsen.

3652





# „Califig“

a sanfranciscói  
California Fig Syrup Co. cég  
kaliforniai  
füge-szörpjének  
szóvédjegye.

Enyhe és biztos hatású hashajtó, mely  
főleg a női- és gyermekgyakorlatban ör-  
vend nagy kedveltségnek.

Használati utasítás minden üveghez csatolva.

Minden gyógyszerertárban kapható.

1/1 üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

## California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31 — 32, Snow-Hill.

3464

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerertára BUDAPESTEN, Király-utca 12.

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a  
**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
Budapest, VI., Andrásy-út 84.  
Minden gyógyszerertárban kapható.  
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

4096

# Serravallo

## China-bor vassal.

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által  
legjobban ajánlva.

Kitűnő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.  
Egészségügyi kiállítás Wien 1906: állami díj és díszoklevél, nagy aranyérem.  
Legmagasabb kitüntetés.

Sokszor kitüntetve. — Több mint 5000 szakvélemény.  
Orvos urak kívánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve  
kapnak.  
J. Serravallo, Triest-Barcola.

Füldőorvosok rendelései és elismerő nyilatkozatai bizonyítják, hogy a

# Tabl. Ferri Protoxal. Dr. Deér

4437

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vértképző és tonicum — alkalmazása még  
a természetes agensek mellett is **szerencsés gondolat**. Klinikusok,  
nőorvosok előszeretettel rendelik. 100 darab tableta üvegben  
2 korona. Kapható a gyógyszerertárakban.

„Walther“-féle  
**Elixir Condurango peptonat.**  
„Immermann“.  
**Kiváló stomachicum.**



Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomor-  
bántalomnál, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb.  
Ajánlva számos **hírneves szaktekintély** által.  
Stöhr titkos taná sós, Kissingen a következőket írja:  
„A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű,  
különösen öregebb egyéneknek és olyanoknak, kik idült  
bajban szenvednek.“

Csak gyógyszerertárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát  
sürgetni. Mintán készítményeim ismételt utánozáva lesznek, igen kérjük ezeket  
**Eredeti Walther** alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbaüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

**F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium**  
STRASSBURG, Elsass, Rheinzelgstr. 12

Tulajdonos: **Walther F. özvegye, Dr. H. Kern**, gyógyszerész és vegyész.  
Nagybani raktár Magyarország részére **Török József** gyógyszerészénél és  
Thallmayer & Seitz-nál Budapesten.

5314

**Sanatorium REKAWINKEL** WIEN mellett  
(nyugati vasút).

**Ideg- és kedélybetegék részére.**

4122 Pavillonrendszer, valamennyi gyógytényező, a Wienerwald legszebb helyén.

Helyközi telefon: Rekawinkel 2. Egész éven át nyitva.

A légzőszervek hurutjai ellen  
házi kúrákra orvosilag ajánlatnak:

gleichenbergi

## Konstantin-forrás

gleichenbergi

## Emma-forrás

Gleichenberg gyógyforrásai idült bajok esetében is enyhítőleg,  
nyálkaoldólag és gyógyítólag hatnak! Nem okoznak emésztési  
zavarokat!

5013

Rendelhető minden ásványvízkereskedésben és a  
fürdőigazgatóságnál Gleichenbergben.

**LASSNITZHÖHE** Graz mellett az  
államasút mentén.

Gyógyintézet Ideg- és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak.  
Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet.  
A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Tél és nyári sport, mozgási játé-  
kok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosítá-  
sai szívesen szolgál a kezelésre.

2880

Prospektusok díjmentesen.

Daczára f. év január 17.-én történt tűzkárnak a rendes üzem fentartatik.

# A Zoltán-féle csukamájolaj

íz- és szagnélküli,

kapható minden gyógyszerertárban.

4632



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Krompecher Ödön, Goldzieher Miksa és Ángyán János: Közlés a kir. magy. tud. egyetem II. sz. kórboneczolási intézetéből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. tanár, udvari tanácsos.) A typhus exanthematicus kórokozója 171. lap.

Preisich Kornél: A kiütéses hagymáz kórokozója. 172. lap.

Vidor Emil: A kiütéses hagymáz (typhus exanthematicus) körlefolyásáról és gyógykezeléséről. 172. lap.

Picker Rezső: Klinikai tanulmány a gonococcusról. 176. lap.

Lenkei Vilmos Dani: A napfürdő hatása a test hőmérsékére. 179. lap.

Tárca. Kammer Manó: Sebkezelés és sebészeti eljárások a Bier-féle berlini egyetemi sebklinikán. 181. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Krehl Rudolf: Kórélettan. — Berthold Kern: Das Wesen des menschlichen Seelen- und Geisteslebens als Grundriss einer Philosophie des Denkens. — Lapszemle. Gyógyszertan. Zernik: Újabb

gyógyszerek és titkos szerek. — Belorostan. G. Klempner: A phosphaturia miatt keletkező vesekövek prophylaxisa. — Sebészet. Israel: Patkó- és egyoldali hosszú veséken végzett műtétek. — Schumburg: A kézfertőtlenítés. — Bőrkórtan. Kromayer: A kvarzlámpás-kezeléssel tett eddigi tapasztalatok. — Sakurana: Adatok a paraffinprothesisek histopathológiájához. — Milian: A tabesekes pruritusa. — Venerás bántalmak. Jan Papée: A prostituáltak syphilise. — Thalmann: Új kénesőinhalációs kúra syphilis ellen. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Croftan: Pneumonia után a késlekedő oldódás elősegítése. — Loewenthal: A subcutan levegőbefecskendezés. — Pouchet: A furunculus abortív gyógyítása. 183-186. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar Orvosi Archivum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 187. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 187. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 188-192. lap.

Melléklet: Az Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation „Boroverdin“ készítménye. — Az E. Merck cég „Jodipin“ készítménye.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kir. magy. tud. egyetem II. sz. kórboneczolási intézetéből. (Igazgató: Pertik Ottó dr. tanár, udvari tanácsos)

#### A typhus exanthematicus kórokozója.

Előzetes közlés.

Közlő: Krompecher Ödön dr., egyetemi magántanár, Goldzieher Miksa dr., tanársegéd és Ángyán János gyakornok.

A budapesti szt. László-kórházban, melynek Pertik tanár a prosectora, eddig 19 typhus exanthematicus-estet boneczoltunk, Gerlóczy dr. egyetemi magántanár, főorvos szíves engedelmével pedig alkalmunk nyílt typhus exanthematicusban szenvedő betegek vérért, eddigelé 48 esetben, vizsgálni. Úgy a hullaanyagot, mint a betegek vérért bakteriologialag tenyésztés útján, valamint górcsővilág vizsgáltuk, alkalmazván a bakteriológiában és a vér-vizsgálatban javaslatba hozott legújabb eljárásokat.

A Giemsa- és Manson-féle festési eljárással úgy az élők vérében, mint a hullák lépében és csontvelőjében olyan képleteket találtunk, a melyek úgy morphologiai, mint festési viselkedésüket, valamint a vörösvérsejteken belül való előfordulásukat tekintve, kétségtelenül protozoonoknak felelnek meg és egyrészt a pirosomákra, másrészt a malaria-plasmodiumokra látszanak emlékeztetni, de teljességgel ezek egyikével sem egyezők.

Legnagyobb súlyt az élők vérének vizsgálatára fektettük és itt már eddigelé is vizsgált eseteink túlnyomó részében bizonyos típusokat sikerült megállapítanunk, a melyek félreismerhetlen szabályszerűséggel csak bizonyos esetekből készült praeparatumokban találhatók és a protozoon egyes fejlődési stadiumainak felelnek meg.

Gyakrabban igen apró, részben intra-, részben extraglobulárisan fekvő, ovális, körtealakú, hosszúkás pálczikaformájú, vagy nagyobb bunkós képleteket találtunk, a melyek élesen elhatároltak, világoskék színűre festődnek és egy vagy két, rendszeren centrumosan fekvő szemcsét tartalmaznak. A nagyobb szemcsék

Giemsa-festéskor intenzív pirosra festődnek és biztosan chromatin-szemcséknek felelnek meg, a kisebbek színe pontosan meg nem határozható. Ezek azon típusok, a melyek még leginkább a piroplasmákra, vagyis olyan protozoonokra emlékeztetnek, a melyeknek eddigelé — a mennyire az irodalmat áttekinthettük — bizonyossággal csak állati betegségekben fordulnak elő, nevezetesen a szarvasmarhák texas- és parti lázában, a kutyák, lovak, juhok úgynevezett malariájában.

Az előbbieknél ritkábban észleltünk nagyobb intra- és extraglobulárisan foglalt képleteket, a melyek protoplasmája a halványkék különböző árnyalataiban festődik, kisebb-nagyobb chromatin- és több-kevesebb igen apró pigmentszemcsét tartalmaz. Alakjuk részben szabálytalan háromszögletes, részben kerek vagy ovális és elhatároltságuk az esetek túlnyomó részében egészen éles. Az ilyen képleteket tartalmazó vörösvérsejteket a többinél gyakran halványabban festődnek. Mivel ezen típusok egy része a vörösvérsejt egy vájulatában fekszik, következtethető, hogy a vörösvérsejtekből kilöködnek. Ezek azok, a melyek bizonyos tekintetben a malaria kifejtettebb alakjaira emlékeztetnek, bár egyes szerzők (Perrucci) által elvéve piroplasmosisokban is észleltettek. Vajon kisebb-nagyobb chromatintartalmukból mennyire szabad analogia alapján sexualis differentiakra következtetni, e tekintetben még korai volna véleményt nyilvánítani.

A két típus között látszólag átmenetet képeznek a gyűrűalakok, a melyek kisebbek-nagyobbak, gyakran pécsetgyűrűre emlékeztetnek és egy vagy két chromatinszemcsével bírnak. Ilyenek is találhatók a piroplasmosisokban épen úgy, mint a malariában.

A lépben valamint a csontvelőben is találtunk az említett típusokkal megegyező képleteket. A vörösvérsejtek kifejezettebb degenerationak jeleit csak ritkán mutatják. Itt-ott magtartalmú vörösvérsejteket is észleltünk.

A mondottak alapján azon első sorban felmerülő kérdés, nem műtermékekkel állunk-e szemben, biztosan kizárható. Arra is kellett gondolnunk, hogy talán a szervezetben latens állapotban foglalt malariaplasmodiummal állunk szemben, a mit azonban egyrészt a protozoon megjelenési formái, másrészt mondhatni állandó előfordulása zárnak ki.



*Kétségtelen tehát, hogy a talált képletek protozoonok és hogy a betegséggel oki kapcsolatban állanak.*

A typhus exanthematicus parasitaer aetiologiájára 1903-ban már Gotschlich is utalt, midőn Egyiptomban 6 beteg vérében a Romanowsky-festéssel képleteket talált, a melyeket ő sok tekintetben a pirosomára emlékeztető protozoonoknak tartott. Ezek úgy extra- mint intraglobulárisan találhatók s többféle, az általunk észlelt képletekkel részben megegyező, részben azoktól eltérő formában jelennek meg. Miután csakis 6 esetet vizsgált s ezek közül csakis egyetlen egyet észlelt végig, mivel továbbá a parasita csak igen elvétve találtatott s hullaanyag hiányában a belső szervekben nem volt kimutatható, a szerző e protozoon természetét és aetiologiai jelentőségét illetőleg határozottan nem nyilatkozik és e tekintetben további beható vizsgálatok szükségességét hangoztatja.

Az epidemiologiai tapasztalatok különben is már régóta feltűnően utalnak azon lehetőségre (lásd: Kolle Wassermann: A pathogen mikroorganizmusok kézikönyve), hogy e betegségben valamely protozoon szerepel, a mely poloskák, bolhák, tetvek útján terjed tovább, a mennyiben így magyarázható leginkább azon körülmény, hogy a betegség majdnem kizárólagosan kedve zőtlen egészségügyi, főleg rossz lakásviszonyok mellett terjed.

Úgy az élők, valamint a hullák vérében az esetek túlnyomó részében pathogen bakteriumokat, nevezetesen streptococcust, staphylococcust, b. Friedländeri-t, valamint egy az 1888-i prágai járvány alkalmával *Hlava* által leuconostoc hominis néven leírt diplostreptococcust is találtunk.

Tekintettel arra, hogy a halálos kimeneteli esetek a bonczolóasztalon a haemorrhagiás sepsis kifejezett kórképét nyújtják, természetszerűleg felmerül a kérdés, vajon itt a fent jelzett protozoon egymagában szerepel-e? Nem lehetetlen, sőt eddigi bakteriologiai vizsgálataink eredményei bizonyos valószínűséggel a mellett látszanak szólani, hogy az esetek egy részében a kórokozó protozoonon kívül az említett bakteriumok is szerepelnek. Lehetséges, hogy a szervezetbe jutott protozoon ellentállást csökkentően hat, locus minoris resistentiae-t támaszt és ismét a tisztátalan, kedvezőtlen hygienés viszonyok közt élő egyénekben ragadó bakteriumok elszaporodására és ily módon a kórkép súlyosbodására ad alkalmat.

Vizsgálataink eddigi eredményeit a budapesti kir. orvos-egylet márczius 14.-i ülésén mutattuk be.

Parasitologiai, bakteriologiai, histologiai és esetleges experimentális vizsgálataink eredményeiről annak idején részletesen fogunk beszámolni s ott alkalmunk lesz az általunk eddig csak hézagosan ismert és hiányosan méltatott irodalmi adatokra kiterjeszkedni.

## A kiütéses hagymáz kórokozója.

Előzetes közlés.

Irta: *Preisich Kornél* dr. egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

A kiütéses hagymázban szenvedő betegek vérének nativ készítményben, ultramikroskoppal történt vizsgálatakor két dologban mutatkozott eltérés a vérnek megszokott képétől: egyrészt a vérplasmában tűntek fel és merültek el a normálisan látható szemcséknél valamivel nagyobbak és pedig sokszor kettesével hármával mintegy együvé tartozó módon; ezen erősen fénytörő szemcséknél jobban vonták magukra figyelmemet kifialakú, apró, néha elég vastag, erősen fénytörő képletek, melyek elmerüléskor egy vagy két jóval nagyobb halvány fénygyűrűt hagytak hátra, míg ismét felvetődtek; másrészt a vörösvérsejteken belül lehetett néha apró, az előbbieknél halványabb fénytörésű képleteket észlelni, melyek alakjukat változtatták, ovális-, körte-, súlyzó- vagy bunkóalakot vévén fel, és ezen közben helyüknek lassú változtatását a sejten belül is meg lehetett állapítani.

Nekem eddig szokatlan képleteket találtam tehát úgy a vérplasmájában, mint a vörösvérsejteken belül.

Ezek után intraglobuláris képletek keresésére indultam festett készítményeken. Festésre természetszerűen a Giemsa-eljárást tartottam legcélszerűbbnek, ezzel dolgoztam tehát. Nem került sok fáradságomba, jó göresővel és erős nagyítással dolgozván

(1200—1600-szoros nagyítás), hogy intraglobuláris képleteket találjak, a mennyiben szerencsére az először vizsgált beteg vérében nem voltak nagyon gyérek.

Bár ultramikroskoppal az ilyen képletek mozgását láttam, mégis elég nehéz feladatnak bizonyult meggyőződést szerezni arról, hogy a festett intraglobuláris képletek parasitaer természetűek-e, avagy celluláris, vérelemez vagy fehérvérsejt eredetűek, esetleg festékes műtermékek. E kérdés eldöntése azért volt nehéz, mert a képletek festődése nem volt eléggé intenzív, illetve intenzívebb festődésüket vártam, arra gondolván, hogy protozoonok lehetnek; eléggé jól tűnt ugyan szembe intenzív festődésével a chromatin-szemcsé vagy chromatinrög, az utóbbi sokszor szabálytalan alakban és egyenlőtlen intenzitású fejlődésben, de ezen chromatinnal kapcsolatban csak gyéren és nem is minden készítményen láttam eleinte halványkék színnel festődő protoplasmaállományt. A képletek, melyek intra- vagy extracellulárisan találhatók, nem is egyfélék, hanem alakra, nagyságra és festődésre nézve igen különbözök. Végül sikerült mégis teljesen meggyőző képeket lelnem, melyekből a képleteknek protozoon voltát megállapíthattam, a mennyiben az eddig ismert némely pirosomának szakasztott mását lehetett felismerni. Ezen megismerés után a kevésbé jellegző képek azonosítása sem űtközik már nagyobb nehézségbe és megállapítható, hogy a protozoon valamelyik alakja minden kiütéses hagymáz-esetben a vérben megvan. Igaz ugyan, hogy felkeresése fáradságos lehet, a mennyiben néha csak gyéren található.

Eddigi vizsgálataim a protozoon jelenlétének tényét kívánták megállapítani, a további vizsgálatok feladata lesz meghatározni ezen protozoonnak különböző átalakulási formáit, kapcsolatban a betegség tartamával és a fertőzés módjaival. A diagnosztikai és kórtani szempontokból felmerülő kérdések egész sora tanulmányozásra vár; a therapiás beavatkozásnak és prophylaxisnak új útjai nyílnak, melyek a fertőző kórház betegein *Gerlőczy* magántanár. főorvos által részben már alkalmazásba is vétettek.

A kiütéses hagymázban fellelhető protozoon némely alakját az orvos-egyesületnek márczius 14.-i ülésén mutattam be.

Az e tárgyra vonatkozó irodalmi adatokkal a parallel közlemény foglalkozik, csak annyit kívánok megjegyezni, hogy ismeretük meghatározott irányba terelte a vizsgálatokat.

## A kiütéses hagymáz (typhus exanthematicus) kórelfolyásáról és gyógykezeléséről.

A bécsi cs. kir. Rudolt-kórházban szerzett tapasztalatok, illetve 116 eset kapcsán közli: *Vidor Emil* dr., budapesti gyakorlóorvos, a bécsi Rudolf-kórház volt I. oszt. másodorvosa, a magy. kir. államasutak orvosa.

Azon körülmény, hogy az egészségügyi kimutatásokban és a napilapokban a kiütéses hagymáz epidemiás jelentkezéséről tétetik említés, bátorít fel engem, hogy egynémely tapasztalatomat, melyet a fenti kórházban két éven át számos (116) esetre terjedő közvetlen megfigyelés alapján szereztem, ezen helyen közöljem.

Habár a kiütéses hagymáz őshazája ismeretlen, mégis Frascatorius 1544-ben „de morbis contagiosis” cím alatt említést tesz hasonló járványokról, melyek a XVI. század elején Cyprus szigetéről Olaszországba nyomultak és ugyanott nagy pusztításokat okoztak; majd a XVI—XVII. században a dögvészszel együtt különféle név alatt ismertették, úgy mint febris hungarica — morbus hungaricus — stb.

A múlt században a legnagyobb ilyesféle járványok Sziléziában az 1847. évben, az 1861.-i olasz hadjárat alatt, továbbá 1868-ban Poroszországban támadtak és a közelmúltban, 1882-ben Bécsben, midőn mint első másodorvos a Rudolf-kórház II. belorvostani osztályán működtem, a hol az akkoriban járványosan jelentkezett kiütéses hagymázos betegek számára külön kórosztály létesítették. A typhus exanthematicus tömeges jelentkezése a téli időszakra, bezárólag májusig, míg annak majdnem teljes megszűnése juniustól egész novemberig terjed, a mi nem az ingadozó meteorologiai viszonyoknak tulajdonítható, hanem inkább abban leli magyarázatát, hogy az emberek a nyári, valamint az őszi hónapokban nagyobb részt a szabadban, vagy legalább sokkal tágasabb helyeken tartózkodnak, mint a téli hónapokban.



pokban, a midőn a szegény nép a kellemetlen hidegérzés elől zárt helyiségbe igyekszik menekülni, legyen az tömeges hajlék vagy dologház stb.

Az 1881-i évben 10 typhus exanthematicus vétetett fel a Rudolf-kórházban, míg ellenben a reá következő évben, 1882-ben a kiütéses hagymázások száma 116 volt. Megemlítem itt, hogy ezen évnek első napján a kórházba felvett első kóros (sub Journal 1. sz.) typhus exanthematicus volt, mely mondhatni „szálláskeresője lett az öt követő többi 115 hasonló esetnek...”

Autochthon keletkezése a kiütéses hagymáznak nincsen kiderítve. Az „autochthon” kifejezés egyébként nagyon kényelmes és tágerőtelmi, tekintve a fertőzéses betegségekben szereplő okokat egyáltalában.

Ha ugyanis a keletkezést bizonyító pozitív tényekkel nem rendelkezünk, vagy analogice nem következtethetünk, úgy a tudományra nézve mindenesetre előnyösebb azt mondani, hogy ezen betegség keletkezéséről nem tudunk bizonyosat, semhogy őseink nyomdokain haladjunk, kik az orvosi tudományban jóval távolabb álltak a tudomány mai álláspontjától, s mint chronologusok rettegve mesélik, a hagymáz s pestis okozóinul az égen megjelenő üstökösöket, nap- s holdfogyatkozást, földrengést, vízőzont, háborút s rossz termést tételeztek fel.

A nap- s holdfogyatkozást, valamint az üstökösöket kivéve, szívesen megengedem, hogy a rossz termés, árvíz, háború s az ezekből eredő nyomor mindmégannyi fontos segélyforrása lehet a ragályosság terjedésének, mindamelllett kell hogy bizonyos csirája létezzék a fertőző betegségnek, mely kedvező körülmények között termékeny talajra jutván szaporodik; ezen specifikus csíra azonban mindig csak egy és ugyanazon betegségnek lehet okozója, mely véleményem szerint egy *protomyceta*, s mint említém, mindig csak egy és ugyanazon betegséget idézheti elő; mi, mint hívei azon nézetnek, hogy az ú. n. fertőző betegségek a szó szoros értelmében csakis oly betegségek, melyek eredetük egy specifikus ú. n. gombacsírának (Pilzkeim) köszönhetik — jelen esetünkben „*protomyceta*” —, sohasem fogunk gondolni a fertőző betegségek autochthon keletkezésére.

1882-ben a 116 legkülönbözőbb foglalkozással bíró beteg közül csak 10-nek volt saját lakása, míg a többiek hajléktalannak voltak tekintendők. Eme plebs misera szerencsésebb egyénei, t. i. azok, kik munkával bírtak, pénzükért túltelt, ú. n. tömeglakásokat kerestek fel fekhelyként, míglen a kereset s munkanélküliség, ú. m. a munkakerülő koldusok stb.-ek, többnyire a fogházakban, részint önkéntes, részint önkénytelen, de mindenesetre ingyenes nyughelyet találtak.

Ámbátor az elsőként előforduló néhány megbetegedésre vonatkozólag (mindössze 10) a fertőzés forrását megtalálni nem sikerült, a mi oly népes és nagyterjedelmű városban, mint Bécs, épen nem csodálandó, mégis azt hiszem, nem lesz érdektelen, ha alább egy esetet mondok el, a mely némileg világot vethet genesisére nézve.

Egy férfi u. i., a ki a bécsi közkórházban akarta magát felvétetni, onnét helyszűke miatt elutasítván, a Rudolf-kórházban talált helyet. A nagyfokban hagymázos beteg képtelen lévén az 1 óráig tartó utat a Rudolf-kórházig gyalog megtenni, az emberekkel tömött lóvasúti kocsira ült. A következő napon a beteg teste csupa roseolaküteg volt, a miből következik, hogy ez a beteg már napokkal ezelőtt felette infectiosus volt; hogy ki és hány egészséges egyén inficiáltatott általa a lóvasúti kocsiiban, természetesen nem tudható, de az bizonyos, hogy mindenki, a kivel a beteg közvetlen vagy közvetve érintkezett, inficiáltatható.

A nők kevésbé szenvedtek fertőzést, mint a férfiak, a minnek oka egyedül abban lelhető, hogy a nők több súlyt fektetnek arra, hogy állandó lakásuk legyen, és ép ezért nincsenek annyira kitéve a fertőzés veszélyének, mint a férfiak, kiknek egy része túltömött helyiségekben húzódik meg.

A hagymázos betegosztálynak valamennyi ápolónője fertőztetett 1882-ben a betegekkel való szakadatlan érintkezés folytán.

Minden kórházi orvos, a ki typhus exanthematicusban szenvedőkkel érintkezett, tudja, hogy ezek sajátos, nem definiálható kigőzölgéssel bírnak, a mi némely súlyos lefolyású vagy halálos kimeneteli esetben az undorgerjesztésig fokozódik ugyanannyira, hogy az ápolónők sokszor állítják, hogy megbetegedésüket ezen undorító

kigőzölgés okozta; megesett másrészt, hogy egy ápolónő, ki a felügyelő orvosok tilalma ellenére újságlapot nyújtott be a félig nyitott ajtón a kórszobába, magát ezen alig  $\frac{1}{2}$  percznyi időtartam alatt inficiálta, s rövid idő múltán meg is halt!

A felvett exanthematikuskok között mosónők is voltak, a kik ez időben a kórház fehérneműit mosták; látható tehát, hogy a contagium mily különböző helyeken tartózkodik, s mily csekély adjuvans körülmény elegendő egy más organismusra való átvitelére.

Közülünk, kik heten voltunk mint orvosok szakadatlan szolgálatban a kórház eme fertőző osztályán 1882-ben, egy sem betegedett meg. Úgy hiszem, joggal következtethetem tehát, hogy az inficiáláshoz nem okvetlen szükséges a *közeli érintkezés a beteggel*, sokszor elegendő a nagyon rövid ideig való tartózkodás a beteg körüli atmosphaerában, valamint a fertőzött holmikkal való foglalkozás is; s míg némelyek kisebb-nagyobb hajlammal bírnak a fertőző anyag felvételére, mások még a hosszas behatásnak is ellenszegülnek, azaz hiányzik bennük az úgynevezett „dispositio”.

Azon körülményből tehát, hogy a beteggel való érintkezés nem okvetlen feltétele a fertőződésnek, hanem elegendő csupán a beteg körüli légkörben való tartózkodás is, azt vélem, hogy a légkör a supponált végtelen kicsiny mikrobákkal telítve van, melyek a légréssel az emberi szervezetbe, a tüdőbe jutnak és innen vitetnek át a vérbe.

Ezen nézetemre pedig azon általában, majdnem minden esetben észlelt körülmény vezetett, hogy a szobán levő typhus exanthematicusban sohasem láttam hiányozni az *iniciális bronchiocatarrhust*, mely, úgy vélem, hogy a bacillusoknak a hörgőket bevonó nyálkahártyára gyakorolt izgató hatása által hozatik létre. Ámbátor nem tagadom a lehetőségét, hogy ilyen bacilluskok az ételek s italok útján is bejuthatnak a véráramlatba. Ámde az infectio létrejöttéhez nem elégséges egyedül a bacilluskok benyomulása az emberi szervezet vértömegébe, hanem igenis kell hogy legyenek ott *adjuvans körülmények*, melyektől szaporodása, kifejlődése, sőt életképessége is függ azon számtalan bacillusnak; kell tehát, hogy a vérben olyan vegyi vagy morphologiai alkotórészek legyenek, melyek a mikrobák tenyésztésére kedvezők.

Elég mennyiségű bacillus jutván a vérbe és ott többé-kevésbé termékeny talajra találván, a typhus exanthematicus súlyosabb formája fog támadni; míg azonban ha elég bacillus jut is a vérbe, de ott termékeny talajra nem talál, a szervezet immunisan viselkedik.

Az *incubatio* időtartamát illetőleg nem találtam biztos adatokat.

Egy esetben a 37 éves betegápolónőn a typhus exanthematicus első prodromás symptomái egy exanthematicus beteggel való érintkezés első napján állottak be, míg a kiütés csak a 4. napon mutatkozott.

*Hideglelés vagy hányás* jelezte némely esetben a kórfolyamat bekövetkeztét, leggyakrabban azonban sokszor ismétlődő hideglelés-roham — ezt követő hosszantartó lázzal —, mely után szomjúság, szédülés, *intercurrents hasmenés*, száraz köhészelés, nehézlélekzés következett, volt a typhus exanthematicus előfutárja.

Habár a közelmúltban még nagy hírű internisták is a typhus exanthematicust mint közönséges, csakhogy bő kiütéssel járó typhust fogták fel, s ebből kifolyólag ezen alaknak nagyobb infectióképességet tulajdonítottak, mindazonáltal úgy hiszem, ma már mind azon nézetnek hódolunk, hogy az ileotyphus és typhus exanthematicus nem egy és ugyanazon folyamat, mely csakis a több vagy kevesebb kiütés által különbözik egymástól, hanem igenis két különböző, teljesen más alappal bíró megbetegedés.

A mai általános nézet szerint a typhus exanthematicusban a kiütés erősebb mint az ileotyphusban; csak hogy ezen körülmény egymagában még nem jogosít fel a kiütéses hagymáz diagnózisának felállítására.

Nem akarom, és nem is czélom czikkem keretében a szóban forgó betegség symptomáit elsorolni, sokkal jobban megtalálhatók azok akármelyik belorvostani tankönyvben; csak a typhus exanthematicusban *korán mutatózó hörgőhurutra* kívánom figyelmüket felhívni, mely kórtűnet az ileotyphusban nincsen meg,



s mely fontos körülményt én személyes megfigyeléseim alapján a megkülönböztető kórjelzés felállítására az exanthemás és ileotyphus között legértékesebb, s ha úgy nevezhetném, leghálásabb adjuvansnak tekintek.

Volt elég esetem, melyben hasmenés és küteg észlelése mellett, a korán jelentkező hörghurutra támaszkodva, a diagnosit typhus exanthematicusra állapítottam meg, azaz heveny bélhuruttal járó kiütéses hagymázra; kétes esetekben is, melyek halállal végződtek, a kezdődő hörghurut meggyőzött arról, hogy a diagnosit nem ileotyphus, hanem exanthematicus, a mi csakugyan kiderült az obductio folyamán.

Minden betegem, kivéve az önkívületi állapotban levőket, hangsúlyozva ajánlom a végbélben való hőmérést, ha egyáltalán pontos adatokat akarunk kapni, mert a végbélben való thermometria, mint tudjuk, sokkal érzékenyebb mint a hónaljban végzett, a két hőmérési eredmény között sokszor több tized  $^{\circ}$ , sőt egy teljes fok különbség is volt.

A közönségesen felvett maximum és minimum hőmérsékértékek nem egyeznek meg teljesen az én megfigyeléseimmel. Én a következő hőmérséket találtam a typhus exanthematicusban:

Éjfélről, vagy korán reggel 2—3 órától kezdve a hőmérsék észrevehetőleg emelkedett, reggel 6—7 órakor érte el tetőpontját, és az eset intenzitása szerint több tizedtől usque 1  $^{\circ}$ -ig terjedt. Ezután több tizednyi esés volt észlelhető, és 9—11 óra között a minimumra szállott le a hőmérsék. Dél felé majdnem kivétel nélkül folytonosan tartó csökkenés állott be, a mely déli 2 óráig tartott. Innen kezdve minden esetben consequenter emelkedett a hőmérsék délután 4—5 óráig; 5—6 órától kezdve csekély apadás volt észlelhető 8 óráig, erre 1—2 tizednyi emelkedés 9—10 óráig, vagy megállapodás, azután éjjelig apadás. Magától érthető, hogy voltak eltérések is az imént elmondottaktól, „mert nulla regula sine exceptione!”

Megvallom őszintén, nem csatlakozom azon manapság az orvosi körökben általában elfogadott nézethez, hogy nagy súly helyezendő a délutáni vagy esti 40—41  $^{\circ}$ -ig terjedő hőemelkedésre és e szerint osztályozandó az eset többé-kevésbé súlyos volta; nem csatlakozom pedig ezen nézethez azért, mert épen a betegeken végzett gyakori nappali és éjjeli hőméréseim alapján azt tapasztaltam, hogy a 24 órán át végzett gyakori hőmérések átlagos eredményei engednek csak következtetni a speciális kóreset súlyos voltára; vagy másszóval: oly kóreset, mely több napig tartó napi 39.8—40  $^{\circ}$  hőmérséki középszámot — „átlagot” — eredményez, aggasztóbb mint oly másik kóreset, a melyben a 41 $^{\circ}$ -ra és azon túl való hőemelkedésnek ellenére a napi „átlagos” hőmérsék az említett hőfokig nem emelkedik.

Az átlagos napi temperaturát úgy számítottam ki, hogy összegeztem a betegnek 24 órán belül észlelt összes hőmérsék-számaát és az összeget a hőmérések számával osztottam. A hányados mutatta a 24 órai átlagos hőmérséket.

Azon pillanattól fogva, midőn a stadium prodromorum kezdetét vette, a napi átlagos hőmérsék némelykor rohamosan, máskor fokozatosan, lassan, de mindig állandóan emelkedett, mignem a kiütés mutatkozott; ennek ellenére a napi átlagos hőmérsék egészben véve nem emelkedett túl 39.5—39.8  $^{\circ}$  fokon, ha miudjárt közben-közben 40—41 fokot is jelzett, minthogy a napi minimális hőmérsék relative alacsony volt.

A napi hőmérsék átlaga majdnem kivétel nélkül azon időpontban érte el tetőpontját, midőn az exanthema legtökéletesebb kifejlődésben volt, tudniillik 39.5 és 40 fokot; a 40 fokon felül levő átlagos hőmérsékű esetek már felette súlyos természetűek voltak.

A „culminatiós napi átlag” 1 napnál tovább sohasem tartott, minthogy többnyire már a következő napon némi esés volt észlelhető. Ha a hőmérsék culminatioját elérte és nem következett további kiütés, a napi hőmérsékátlag vagy megmaradt néhány napig ugyanazon fokon, vagy a mi gyakrabban fordult elő, 1—2 tizeddel apadt az átlag és megmaradt 39 $^{\circ}$ -on, 40 $^{\circ}$ -ra azonban sohasem emelkedett.

A láz rohamos csökkenését csak nagyon ritka esetben észleltem, úgyannyira, hogy pl. azt, hogy az este 39 $^{\circ}$ -on és azon felül levő hőmérsék a következő napon reggel normális 36.8 vagy subnormális 35.5 lett volna, nem tapasztaltam. Hanem igenis,

48 óra alatt fokozatosan következett be a lázesökkenés; ama némely szerzőtől észlelt úgynevezett előkritikus hőemelkedést az esés előtt csak imitt-amott észleltem, de szabályul nem állíthatom.

A defervescentia könnyebb kóresetekben, melyek bár mérsékelt kiütéssel jártak, de már eredetüknél fogva is az exanthematicushoz voltak számítandók, néhányszor a 10. nap előtt következett be. Középsúlyos esetekben rendszeren a 12—14. napon következett be a defervescentia, míg ellenben a súlyos esetekben a 14—16. napon. Ha akkor sem mutatkozott defervescentia, másodlagos kórfolyamatra lehetett következtetni, mely a szervezetben mintegy előkészülöben volt, de gyakran csak néhány nap múlva volt kórjelezhető, ilyenkor azonban még igen súlyos, sőt halállal végződő esetekben sem érte el ama fokát a napi átlagos temperatura, mely a tulajdonképeni folyamat tetőpontján volt észlelhető.

Ha valamely adjuvans körülménynek a hőmérsékre nagy befolyást tulajdoníthatunk a kiütéses hagymáz kórlefolyása alatt, úgy ezt a szesz italokkal való visszaélésnek tulajdoníthatjuk leginkább, mert a pálinkával élő iszákosok, a „pálinkapótatorok” mutatták a legnagyobb hőmérséki napi átlagot, s itt is tapasztaltam, hogy a szesz italoknak hódoló egyének közül inkább a férfiak mutatnak nagyobb napi átlagot mint a nők, a kik, ha isznak is, aránylag kevesebbet isznak.

A már eredetileg megvolt kórfolyamatok, mint pl. a tuberculosis, nem voltak valami lényeges befolyással az átlagos hőmérsékre a heveny typhus lefolyása alatt, de igenis annak tartamára, minthogy ilyenkor a defervescentia sokkal lassabban folyt le, mint a complicatio nélküli esetekben.

Mint érdekes tényt legyen szabad felemlítenem, hogy egy „petechiákkal” elárasztott betegem a higanyoszlop post mortem egy negyed óra alatt 39.4-ről 34.6-ra szállt alá, miglen máskor a hullák hőfoka egyáltalán lassabban apadt.

A typhus exanthematicusban az érverés a testhőmérsékhez arányítva sokkal rendetlenebb, mint az ileotyphusban, úgy hogy az exanthematicusban prognostikai szempontból általában nem szabad nagy súlyt fektetni az érverés számára, mert míg egyrészt halálosan végződő esetekben 40 fokú hőmérséken nem ritkán csak 90—100 érverés volt észlelhető, addig felgyógyult esetekben 38 $^{\circ}$  hőmérséken 130, sőt 160 érverést számláltam.

Ezen jelenségre nem nyerhettem magyarázatot s így az okát — a collapsus egyéb jelei hiányában — szívgyengeségre veztettem vissza, mely véleményem helyes voltáról meggyőződtem, midőn kevés bor adagolására a beteg jobban érezte magát.

Azon halálos esetekben, melyekben a kórfolyamat ily kicsiny s gyors érverést mutatott, gyakran szívelzsírosodást és a máj és vese duzzadását találtam. Minthogy a szívgyengeség következménye gyanánt gyakran konstatalhattuk a vérerek thrombosisát minden következményével, tehát azon körülmény, hogy 11 felgyógyult, kicsiny, de szapora érverésű betegem gyakran ismétlődő heves orrvérzés állott be, arra enged következtetni, hogy daczára a fennálló szívgyengeségnek, csakis azon oknak tudandók be ama orrvérzések, hogy a kórfolyamat által erősen meglazult érfalak még eme minimális vérnyomásnak sem tudtak ellentállani.

Kétütemű érverést (pulsus dierotus) a kiütéses hagymázban egyáltalán igen gyéren észleltem, habár nagymennyiségű folyadék gyors fogyasztása az érverés gyorsaságára és nagyságára kimutatható befolyással volt.

A kiütés rendszeren a 3—6. napon, ritkábban a 7—9. napon volt észrevehető, csakis 2 esetben volt alkalmam a kiütést már a második napon konstatalni és egyetlen egy esetben 24 órán belül. Majdnem valamennyi a tiszta roseola jellegével bírt és a differentialis diagnosit megállapítása az ileotyphus és kiütéses hagymáz között nem csupán magában a kiütésben, hanem inkább és kiválóképen a lázesökkenés módjában és a korai légesöhurutban gyökeredzett. Némely betegem oly bő volt a kiütés, hogy szinte tele volt vele hintve, sőt még a legszokatlanabb helyeken is volt kiütés: ú. m. az arcon, a tenyéren és a talpon.

Ily betegek rendszeren grotesk külsővel bírtak, a mennyiben sötét bőrűk a rajta levő részint világos, részint sötétvörös, részint viola foltoktól, melyek sok helyt összefolytak, tigrises volt.



A kiütés rendszeren a törzsön kezdődött, s innen terjedt meglehetősen gyorsasággal a felső végtagokra; az alsó végtagokra legutoljára került a sor, a mikor a kiütés a virágzó stadiumot már elérte. Az exanthema tartama az eset intenzitásának megfelelő volt; így enyhébb esetekben már a 4—6. napon elhalványodott, míglen súlyosabb esetekben petechiális elváltozáson ment keresztül, és még a 12. napon is látható volt.

A petechiális elváltozás a vér elfajulására mutatott, s ilyenkor a prognosis rendszeren kétes volt. A kiütés után néha észlelhető desquamatiót eseteim ötödében konstatálhattam, egyes esetekben néha oly nagy mérvben, hogy scarlatinára emlékeztetett.

*Herpes labialis*-t csak két gyógyult esetben észleltem, ép oly gyéren *miliaria crystallina*-t, minthogy az úgynevezett krízis majdnem kivétel nélkül izzadás nélkül következett be. *Aphasiát* egy esetben láttam.

Már előzőleg utaltam volt a majdnem sohasem hiányzó *catarrh. bronchialisra*, a melynek jelentőségét a typhus abdominalis és typhus exanthematicus közti differentiális diagnosis felállításában már kellőképp hangsúlyoztam.

Habár a typhus kezdetén csak két ízben találtunk kiscokú *anginát*, a betegek mégis gyakran panaszkodtak nyelési nehézségekről, melyek azonban a torok és nyelv nyálkahártyájának kiszáradásában lették magyarázatukat.

Egy jelenség, mely leginkább megragadta figyelmemet, az volt, hogy 2—3 kivétellel valamennyi beteg, még a 40°-on felüli deliriosus lázas beteg is, kúzó *éhségérzetről* panaszkodott, és a legkeservesebben jajgatva kért valami ennivalót, hogy éhségét csillapítsa; később még bő étkezés után is éreztek a betegek éhséget.

A *szomjúságérzet* kezdetben gyakoribb volt, mint a tulajdonképeni kórlefolyás alatt, a mikor eltekintve a száraz nyelvtől, többnyire kevesebb italt fogyasztottak mint eleinte, a mely körülmény eszméletlen kívüli állapotra enged következtetni.

A *defaecatio* 29 esetben rendes volt, míg túlnyomó része a betegeknek a heveny folyamat lefolyása alatt rekedésben szenvedett, úgy hogy ismételtelen kellett enyhébb hashajtószerekhez folyamodni.

36 beteg többé-kevésbé erős hasmenéssel küzdött. Mint-hogy a bélsár minősége egészen a typhus abdominalisét juttatta eszünkbe, továbbá azon körülmény, hogy ezen köresetek ép úgy, mint az abdominalis typhus, meteorismust, néha vakbélzörej, valamint nyomásra fájdalomérzést tüntettek fel, sok esetben sokáig nem tudták megkülönböztetni a kettőt, abdominalis vagy exanthematicus van-e jelen és csak „ex juvantibus et nocentibus” tapogatózva állapították meg a diagnosit.

Némely megfigyelő azon állításával szemben, hogy a *lépmegnagyobbodás* nem állandó jele a typhus exanthematicusnak, és hogy egyáltalában vannak epidemiák lépmegnagyobbodás nélkül is — mint azt többek közt Oesterlein (Dorpat) is megírta volt —: határozottan állítom, hogy valamennyi esetben észleltem a lépmegnagyobbodást, persze a megnagyobbodás különféle fokozatában. Az intumescencia meglehetősen korán következett be, és tetőfokát elérve, fokozatosan apadt; a lép a betegség lefolyása után normális nagyságát nyerte vissza, úgy hogy az egészségesen elbocsátottaknak egyikén sem maradt vissza nyoma a lépdaganatnak.

*Albuminuria* az összes esetek  $\frac{1}{3}$ -ában fordult elő, ez azonban a heveny kórlefolyamat lefolyta után úgyszólván mindig eltűnt.

*Nőkön* ismételtelen észleltük a *menstruatio* zavartalan bekövetkeztét és lefolyását a heveny folyamat közepette.

Az *idegrendszer* illetőleg megjegyzendő, hogy már korán nagy prostratio, apathia, somnolentia és sok esetben delirium jelentkezett, mely jelenségek gyakran furibund jellegűek voltak, nevezetesen pálinkaivókon. Fejfájásról majdnem kivétel nélkül panaszkodtak, sőt nem ritkán oly esetek is mutatkoztak, midőn a betegek apathián, mintegy mámoros állapotban feküdtek, semmire sem tudtak visszaemlékezni, a mi betegségük alatt körülöttük történt, habár a hozzájuk intézett kérdésekre teljesen tiszta, józan választ adtak.

A mi nevezetesen a *kórlefolyamat tartamát* illeti, könnyebb esetekben, a prodromális állapot első kezdetétől fogva, tehát vagy

az igazán jellegző hidegrázástól, vagy pedig a láz, illetőleg fejfájás első jelentkezésétől egész a hőfok esökkenéséig, 12—14 napot tett ki.

Nehezebb esetekben a folyamat 16—18 nap alatt végződött, csakis a szövödmények vettek hosszabb időtartamot igénybe egész a hőfok esökkenéséig. A kórházban való tartózkodás ideje mindazonáltal a legjobb esetben a 6 hetet túlhaladta, mert azon elvből indultunk ki, hogy ily betegeket mindaddig el nem bocsátunk, míg nem teljesen munka- és keresetképesek.

A mi végre a *gyógymódot* illeti, az 23 °C-os fürdőknek és nagy adag chininnek vagy chinidinnek használatából állott.

A netalán bekövetkezett complicatiók a körülményekhez képest *tünetileg* vagy *expectative* lettek kezelve. Nem vagyok hajlandó hinni, hogy a kedvező gyógyeredmények csakis egyedül a fürdők használatának volnának tulajdoníthatók, hanem sokkal inkább annak is tulajdonítom a halálozási százalék esökkenését (12.75%), hogy a kórtermekben pompás és kifogástalan ventilatio volt, karöltve a „sacré coeur” rend személyzet tevékeny és önfeláldozó működésével.

Hogy azonban a fürdőknek mégis volt valamelyes jó hatásuk, azt abból következtetem, hogy a fürdők nélkül gyógyított esetekben a halálozás 30%-kal nagyobb volt.

A *fürdőzést* a beteg napjában 8—10-szer élvezte, a víz hőmérséke 23 °C, a fürdő tartama 10 és több perc volt a szerint, hogy milyen magas volt a fürdőzés előtti hőmérsék.

A fürdő után a hőmérsék esökkenése rendszeren 0.5—2.5° volt, s a hatás 1—2 vagy több óráig is tartott. Megemlítendő még, hogy kivételesen némely betegen a test hőmérséke a fürdő alkalmazása daczára sem esökken, sőt közvetlen a fürdő után  $\frac{1}{2}$ ° emelkedés volt kimutatható.

Eme jelenség mindig kedvezőtlen volt, mert vagy igen heves lefolyás volt várható, vagy complicatio, pl. pneumonia catarrhalis.

*Jégtömlők*, melyeket fejfájás esetén a fejre alkalmaztunk, vagy hideg eczettel való dörzsölés azokon, kiket a complicatiók miatt, mint pl. pneumonia, haemoptoe, heveny bélhurut, fehérje-vizelés vagy menstruatio, nem fürösztethünk, hőcsökkenést nem eredményeztek.

*Natrium salicyl.*-nak nagyobb mennyiségben adagolása is absolute hatástalannak bizonyult a hőmérsék esökkenésére.

A *chinint és chinid. sulf.*-ot (rendszen oldatban, kivételesen porban) olyképp alkalmaztam kombinálva a fürdőzéssel, hogy rendszeren 2 gm.-ot szedtettem, és pedig egyik felét délelőtt, másikat a délután folyamán.

A járvány vége felé *kairin*-nel tettem kísérletet; sajnos eme készítményről nem tudok sok újat közölni, mert egyrészt a kairin, másrészt a typhusestek fogytak ki; csak annyit jegyzek meg, hogy 0.50 gm.-mal óránként 3 °C-nyi hőcsökkenést értem el, de később rázóhideg tünetei között a temperatura előbbi állására tért vissza.

*Szomjúság ellen* acid. phosph.-ot syr. rub. idaeivel, hideg limonádét és jéglabdacsoakat alkalmaztam.

A *székrekedést*, mely nagyon gyakori jelenség volt, Hegar-, Seidlitz-porral vagy ol. ricinussal orvostam. Az enyhébb hasmenés tinct. ratanhia-val, a súlyosabb decoct. colombo-val és opiumtincturával kezeltetett.

A *fehérjevizelés*, mint a súlyos kórlefolyamat melléktünete, minden orvoslás nélkül maradt, és joggal, mert mint a következmények mutatták, a kór lefolyásával eltűnt.

A *vizelet pangás* sokszor szükségessé tette a pöcsap alkalmazását.

A *tüdőhurut és könnyű hörghurut* minden kezelés nélkül maradt, súlyosabb esetekben köptetők használtattak. A haemoptoe, pleuritis és pneumonia tünetileg kezeltetett.

A *légcsömetszést* két ízben végeztük, az elsőben sikerrel, a másodikban sikertelenül.

*Fülmirigylob*, decubitusok és tályogok a modern sebkezelés szabályai szerint kezeltettek.

Egynéhány örvöngő betegen a többi beteg biztonsága érdekében a kényszerzubbonyhoz kellett nyúlni, míg enyhébb esetekben chloralhydrat megtette a kívánt hatást.



Nem lehet eléggé hangsúlyozni, mily üdvösen hatott a betegekre a bor adagolása. Ilyenkor ugyanis azt tapasztaltam, hogy daczára a közvetlen csekély hőemelkedésnek, a betegek relatíve jobban érezték magukat; a bor a sensoriumot egyáltalán nem rosszabbította, sőt mérsékelt használata, a mint észleltem, határozott javulást eredményezett. Egyébként a collapsus ellen izgató szerekkel (aether ac., liquor ammon. stb.) éltünk.

Minthogy majdnem minden esetben, még a legsúlyosabbakat sem véve ki, a betegek, mint az előzőekben már említettem, daczára a magas láznak, türelhetlen éhséget éreztek, nem riadtunk vissza nekik tejet, melyet örömet vettek és jól emésztettek, valamint tiszta húst és ha a hőmérsék jóval alább szállt, bőséges boradagolás mellett még hústáplálékot (sült csirke, beefsteak és borjúsült) is nyújtani.

A nagyon is megkívánt főzelék és tészta majdnem mindig bélhurutot okozott, miért is jónak láttam a leguminosákat és amylaceákat a betegség első négy hetére az étlapról törölni.

A lázas betegekkel telt kórterem hőmérséke meglehetősen alacsony volt és a kültemperaturához mérten 12–19 °C közt ingadozott. A kórtermek fűtése mellett az összes szellőztető csövek (Böhm dr. tanár systemája szerint), valamint a felső ablak-szárnyak is, daczára a téli időjárásnak, nyitva tartattak, hogy elegendő friss és tiszta levegő jusson a betegekhez.

Míg eme lehűtött légkört a lázas betegek jól tűrték, addig az üdülők 20–22°-nyi légkörben érezték magukat legjobban.

A fürdőszobák mérsékeltén voltak temperálva; a betegek ruhaneműinek, valamint a kórházi eszközöknek kéngőzzel való fertőtlenítését a kórház gondnoksága végezte; ép úgy az összes termék pedans tisztántartását, valamint az árnyékszéknek carbolsavval és mésszel való desiniciálását. Végül minden felgyógyult csak ismételt fürdőzés után bocsátották el a kórházból.

A kiütéses hagymáz tehát — feltéve hogy mikroorganizmusok az okozói — oly betegség, mely ha nem is teljesen, de minden bizonnyal a minimumra szorítható, ha sikerül mindazon segítő körülményeket, melyek a mikroorganizmusok féktelen szaporodásának szolgálatában állanak, kiküszöbölünk.

Legyen szabad végül még néhány szót szólnom az orvosi látogatásokról az úgynevezett typhustermekben.

Ezen termekben a látogatások a többi belorvostani kórteremben végzett látogatások után a következő övrendszabályok mellett történtek:

Az előszobában megérkezve és a felöltőt levette, az ott őrzött, földig érő sterilizált köpenyegeket öltöttük fel. Minden betegvizsgálat dús thymol- vagy carbolspray mellett végeztetett, és minden egyes vizsgálat után az illető orvosok hajzatukat és szakálukat is carbolvízmosással gondosan desiniciálták.

Ezen minutusos fertőtlenítés eredményeként lehet tekinteni ama kedvező körülményt, hogy a 7 szakosztályi orvos közül, a betegek nagy létszámának ellenére, egy sem betegedett meg typhus exanthematicusban.

A szolgálati személyzetnek is kötelességévé tétetett a szigorú desiniciálás és az eredmény mégsem volt oly kedvező mint az orvosoknál, a mi abban leli magyarázatát, hogy a szolgaszemélyzet (többnyire sacré coeur-nővérek) bizonyos teendői, a betegeknek füröszítése stb. miatt a beteggel szorosabb kontaktusban állott, továbbá, hogy szakadatlanul kellett tartózkodnia a bacillusokkal telt atmosphaerában, míg az orvosok csak rövid ideig időztek ott és a betegekkel való érintkezésük is rövidebb szabású volt.

A kiütéses hagymáz tovaterjedésének nem lehet hatályosabban gátat vetni, mint szigorú vesztégzárral; továbbá oly helyek, honnan ily betegek előkerülnek, rögtön fertőtleníttessenek, égettesek el minden csekélyebb értékű tárgy; az értékesebbek azonban erélyesen desiniciáltassanak. A szoba kénnel füstöltessék ki és hosszabb időn át szellőztessék, a kiütéses beteg pedig messze fekvő barakokba szállíttassék, ha jobbmódú is. A betegeknek sem látogatást fogadni, sem tárgyakat kiküldeni nem szabad. Épen úgy eltöltendő a halottlátogatások és gyülekezések. Egyszóval a leg-szigorúbb izolálás és a modern hygiene követelményeinek megfelelő eljárások ama tényezők, melyek a fentebb említett eljárást kiegészítve, a betegség tovaterjedésének leginkább tudnak gátat vetni.

## Klinikai tanulmány a gonococcusról.<sup>1</sup>

Irtá: Picker Rezső dr.

Az a folyamat, mely rendszerint a heveny „komplikálatlan” húgyesőgonorrhoea kórtünetei között kellő gyógykezelés mellett 4–6 hét alatt folyik le a férfin, tulajdonképpen nem nyújtja az egyszerű komplikálatlan kankós nyálkahártyagyulladás valódi képét.

Mert a tulajdonképeni gyógyulás, ha a betegség tárgyaúl a gyógyszereinknek hozzáférhető, nagyobb mirigyes képletekkel el nem látott, sima, szabad húgyesőnyálkahártyáját tekintjük, sokkal gyorsabban megy véghez. Ily módon typusos kankófertőzés négy esetében, melyben a jellegzetes Gram-negatív diplococcusok telen voltak, a betegség gyógyulása, azaz a kórokozónak a nyálkahártya felületére való kiküszöbölése 2–3 nap alatt megjörtént.

A klinikai kórkép mind a négy esetben annyira jellemző volt, hogy az abortiótól el kellett tekintenem s 1:3000 töménységű albarginoldattal való rendszeres kezelést rendeltem el; a betegek ezt pedans gondnal végezték. Ezen esetekben, melyekben az incubatio 3–4 napig tartott volt, a kórokozók a váladékban 2 illetve 3 napi kezelés után nem voltak többé megtalálhatók és a kezelés 10 napi szünetelése után sem tűntek fel ismét. Ezen megfigyelés megegyezik teljesen Rosinski-ével,<sup>2</sup> a ki kis gyermekek gonorrhoeás stomatitisét a processus alveolarison teljesen spontan 5–7 nap alatt látta lefolyni.

A heveny kankós fertőzés minden olyan esetében, melyben a gyógyulás nem következett be ily gyorsan, már kezdettől fogva egy vagy több érzékeny folliculáris illetve profolliculáris beszűrődést birtam tapintás útján kimutatni, annak bizonyítékául, hogy a gonococcusok már beburjánzottak volt a húgyesőnyálkahártya ezen mirigyes függelékeibe is. Ez az oka, hogy ily esetekben a frissen kitört kankót nem sikerül abortív (egy kezeléssel) meggyógyítani, míg ez az előbbi fajta-hoz tartozó megbetegedések eseteiben mindenkor sikerrel jár. Azonban több folliculáris beszűrődéssel járó esetet észleltem, melyekben a gonococcusok az előbb említett rendszeres antisepsises kezelés mellett 10–12 nap alatt véglegesen eltűntek; a kankós gyulladásos folyamat spontan lefolyása s a kórokozó csiráknek a mirigyek belsejéből a nyálkahártya felületére való kiküszöbölése, a hol azután az antisepsises gyógyszer elérhetette és elpusztította őket, az említett idő alatt fejeződött be. Első fertőzés egy esetében ennek a folyamatnak az előlő húgyeső összes mirigyein egymás után való ismétlődését illetve végigvonulását figyeltem meg 21 napon belül. Itt a gonococcusoknak a beteg mirigyekből való kiküszöbölődése minden egyes esetben a gonococcusoknak a mikroskop útján kimutatható szaporodásával és fokozott váladéktermeléssel járt, a mit azért birtam pontosan megállapítani, mert az igen lelkiismeretes beteg utasításaimat a lehető legpontosabban betartotta s a vizsgálat mindig ugyanabban az időpontban és ugyanannyi idővel a kezelés után eszközöltetett.

A „komplikálatlan” előlő húgyesőkankónak olyan eseteit is volt alkalmam megfigyelni, melyek — az infectio hevesége és az illető megbetegedett mirigyek anatómiai és chirurgiai szerkezete szerint — fél évig is eltartottak, a nélkül, hogy a kórfolyamat a hátulsó húgyesőbe vagy ennek mirigyes függelékeibe áttért volna.

Ellenben olyan első fertőzés esetéről is beszámolhatok, melyben a prostata megtámadott voltát minden klinikai jel nélkül a betegség 13. napján vizsgálati módszerem szigorú alkalmazásával kifogástalanul végzett váladékvizsgálat útján diagnosztizálni birtam, midőn csupán a vizeletnek chemice megállapítható genyartalma által, a klinikai jelek teljes hiánya mellett, terelődött rá a gyanum; ebben az esetben a gonococcusok a betegség 20. napján küszöbölődtek ki végleg.

Egy másik első fertőzési esetben viszont már 8 nappal a betegség kitörése után komplikált, magas lázzal járó, abscedáló

<sup>1</sup> A bécsi I. urológiai congressuson (1907 október 3.) és a budapesti Orvosegyesületben (1908 február 15.) tartott előadás nyomán.

<sup>2</sup> Rosinski: Über gonorrh. Erkrankung der Mundschleimhaut bei Neugeborenen. Zeitschrift für Geb. u. Gynäk. 1891., XXII.



prostatagyuladással láttam a beteget; egy másik, hasonlóképen első infectio esetében pedig a beteg a baj 9. napján még majd. nem fájdalmatlan, de erősen duzzadt mellékherével keresett fel.

Az általános rosszullét, a gyengén lázas állapot, a lágyékmirigyek fájdalmas gyuladása, mely tünetek a húgycsőkankót kitörésekor kísérik szokták, a mellett szólnak, hogy ezen korai szakban a kórokozók a szervezetbe behatoltak, a véráramba is kerültek és így támadták meg a beteget. Erre vonatkozólag az irodalomban is találtam néhány bizonyító esetet, így pl. Scholtz-ét,<sup>1</sup> a ki a fertőzés után néhány nappal, a hátulsó húgycső megbetegedése nélkül a testben mindenfelé látott metastasisokat keletkezni, melyeknek kankós jellegét be is bírta igazolni. Ahmann<sup>2</sup> továbbá egy általános fertőzéssel járt kankós megbetegedésben 12 nappal a fertőzés után szintén a ki bírta tenyésztési gonococcust az áttéti góczokból. Végül Hansteen<sup>3</sup> 10 nappal a fertőzés után a lágyékmirigyeknek gonococcus okozta elgyenyedését látta. Ezen eseteknél sokkal bizonyítóbbnak találom a következő, általam észlelt esetet.

Egy 35 éves úriember, kinek előző kankói is mind általános fertőzéssel jártak volt, 1906 november 20.-án újabb e fajta megbetegedés gyanújával keresett fel, mert a 3 nappal ezelőtt végzett közürlés után aznap vett észre ismét bővebb, de még nyálkás váladékot a húgycsőnyílásban. A körkép és a mikroskopi lelet (Gram-festést is végeztem) gonorrhoeára jellegzetes volt. A tenyésztés útján a még gyér, inkább nyálkás váladékból szintén a gonococcust birtam bőséges tiszta culturában kimutatni. A 2% lapisoldattal rögtön eszközölt abortio<sup>4</sup> teljes eredménnyel járt, tehát sikerült ezen egy beavatkozással az összes, a húgycső nyálkahártyáján és az ez alatti szövetekben jelenlevő kórokozókat elpusztítani. Ezt a mikroskoppal és a tenyésztéssel végzett ellenőrzés negatív eredménye is beigazolta. Tehát annak ellenére, hogy november 20.-án, midőn a beteg rendelő helyiségemet elhagyta, húgycsővében gonococcus már nem volt, másnap délután, midőn az ellenőrző mikroskopi vizsgálat céljából ismét jelentkezett, mindkét kéz második metacarpusának bázisán a háti oldalon egy-egy kissé térszerű tapintatú és vöröses, a gonorrhoeás metastasisok klinikai képét jellegzetesen magánhordó, enyhén fájdalmas duzzanat volt látható, mely 3 nap alatt teljesen visszafejlődött. Vervizsgálatot nem végeztem, de tekintve a bő bakteriumleletet, a heveny fertőző megbetegedést és az áttéti góczok típusos jellegét, megjelenését és visszafejlődését, gonorrhoeás periostitist kellett felvennem. Létrehozhatták pedig azon csírák, melyek már az incubációs időben vagy a betegség legelején a véráramba jutottak volt.

1905 tavaszán önmagamon is abortive gyógyítottam egy 56 órás incubatio után kitört blennorrhoeát, a melynek kitörésekor az egyik oldal lágyékmirigyei már fájdalmasak voltak. Aznap délelőtt gyenge rázóhídeggel mellett 37.8-ra ment fel a hőmérsék és körülbelül estig néhány izület is érzékeny volt.

Általános kórtani szempontból érdekes volna e bántalom épen kezdeti szakában fekvő beteganyagban nagyobb szabású bakteriologiai vervizsgálatokat eszközölni, mert véleményem szerint épen azon időben kell hogy több gonococcus juthasson a keringésbe, midőn a szervezet védelmi eszközei még nem kezdték meg működésüket, illetőleg a genyedés és a gonococcusok visszashállítására a húgycső felületére még nem indult meg.

\* \* \*

<sup>1</sup> W. Scholtz: Beiträge zur Biologie des Gonokokkus. Arch. f. Dermat., 49. köt. 1889.

<sup>2</sup> G. Ahmann: Zur Frage von der gon. Allgemeininfekt. Arch. f. Dermat., 39. köt. 1897.

<sup>3</sup> H. Hansteen: Vereiterung der Lymphdrüsen durch d. Gonok. Arch. f. Dermat. 38. köt. 1897.

<sup>4</sup> Abortio alatt a kitörő vagy épen kitört kankónak egyetlen egy beavatkozással való gyógyítását értem. Erre 2% argent. nitr.-oldatot használok, melyet a közepén lezorított, cocainnal érzéstelenített elülső húgycsőbe erős nyomással viszek be 3-4-szer egymás után. Ha a gonococcusok még mind elérhetőek voltak (i. a bevezető részt), ezen egy kezelés teljes sikerrel jár. Ezt akkor tudom, ha a naponta végzett ellenőrző váladékvizsgálat a fennforgott incubációs időn túl 3-4 nappal quod gonococcus teljesen negatív eredménnyel járt.

<sup>5</sup> E. Bumm: Der Mikroorganismus der gonorrh. Schleimhauterkrankungen. Gonokokkus Neisser. 2. Aufl. Wiesbaden, 1887.

A kankós nyálkahártyagyulladás gyógyulása — mint azt már Bumm<sup>5</sup> alapvető munkáiból tudjuk — akként történik, hogy a kórokozók, melyek a betegség incubációs szakában a nyálkahártya alatti szövetekbe is behatoltak volt, a szervezet gyógyító erei: a fehérvérsejtek (nagyobb gyuladással góczok demarcatioja), a nedvkeringés megfordulása és az antibakterikus anyagok<sup>1,2,3</sup> stb. által részben megsemmisítetnek, részben újra azon nyálkahártyarészlet felületére vitetnek vissza, a honnan annak idején beburjánzottak. Ezzel a betegség mint általános fertőzés — a mely mint ilyen elég gyakran konstataható is — magára a szervezetre nézve megszűnt ugyan, de nem a megbetegedett nyálkahártyarészletre és az illető tractusnak vele összefüggő többi szakaszára nézve. Ezek csak akkor szabadultak meg végleg a betegség okozóitól, ha az összes gonococcusok eltűntek a felületükről, tehát a nyálkahártyaszakasz egész terjedelméről kiküszöbölődtek és belőle ki is ürítették. Azon időköz, a mely eltelik a gonococcusoknak a nyálkahártyafelületre való visszashállításától, illetőleg a netáni mirigytályogok stb. demarcatiojától az utolsó gonococcusnak az illető nyálkahártyaszakaszról való végleges kiküszöböléséig, az idült kankó fennállásának időmértékéül szolgál; olyan terminus ez, melyet sem hetekre, sem hónapokra előre nem lehet meg határozni, s mely csak a posteriori a kórokozók végleges eltűnése után állapítható meg. Az idült kankó lényege tehát az, hogy a gonococcusok, melyek a betegség kezdő stadiumában a húgycső különböző függvényeibe beburjánzottak, s a szervezet gyógyító ereje által ismét a nyálkahártyafelületre szállítottak vissza, innen nem ürítettnek simán a szabad nyálkahártyafelületre, hanem a mirigyek belsejében, illetőleg az ezeket bélelő hám rétegen maradnak meg, a honnan persze a vizelet sem távolíthatja el őket. Ha már most ezek a mirigyes függelékek egyszerű szerkezetűek, a milyenek az elülső húgycső egész rövid, el nem ágazó mirigyei, akkor gonococcusok természetesen könnyebben ürülnek ki teljesen és végleg a húgycső belfelületére (pl. a kezdetben említett esetekben is így kellett lennie), mint ha összetettebb szerkezetű e fajta képletekre terjedt volt át a gonorrhoeás folyamat.

Ezek 1. az elülső húgycső nagy mirigyei, melyek néha ág-bogas harmad- és negyedrendű elágazódásokkal bíró járatok; 2. a Cowper mirigy: zsákszerű, több rekeszre osztott képlet, melynek hosszú, szintén oldaljáratokkal ellátott kivezető csőve az üregrendszernek nem alapjából, hanem tetejéből indul ki s 3. az ondóhólyagok, melyek szűk kivezető csővel bíró tekervényes s nagy elválasztó felülettel bíró járatrendszert alkotnak.

A prostata e tekintetben némiképen kedvezőbb szerkezetű. Mirigyjáratai, habár oldalnyúlványokat szintén bocsátanak, egyenesebbek s rövidebbek, minden mirigynek vagy lebenykének megvan a saját kivezető csőve.<sup>4</sup> A vizeleti actus befejeztével a hólyagzáró izom, melybe be vannak ágyazva, belőlük a feles váladékot kiszorítja, úgy hogy ezen képletek ürülési viszonyai határozottan előnyösebbek mint az előbb említett járatrendszerekéi. Én csakugyan az idült gonorrhoea legmakacsabb eseteiben, melyek éveken át fennállottak (pl. K. eset 4 éven át stb.), leginkább az először letárgyalt szervekben és ezek közül ismét az ondóhólyagban birtam a retentív góczokat felfedezni, melyeknek létrejöttét részben az anamnesisből, részben a helyi leletből minden esetben meg tudtam magyarázni.

Ezen sebészeti szempontból rossz ürülési viszonyokhoz, a mirigyfalaknak kankós fertőzés okozta beszűrődéséhez s izomzatuk-

<sup>1</sup> K. Bruck: Über spezifische Immunkörper gegen Gonokokkus. Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 34. sz.

<sup>2</sup> Müller u. Oppenheim: Nachweis von Antikörpern im Serum eines an Arthrit. gonorrh. Erkrankten. Wien. klin. Wochenschrift, 1906. 29. szám.

<sup>3</sup> Th. Vannod: Über Agglutinine u. specif. Immunkörper im Gonokokkenserum. Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 49. szám.

<sup>4</sup> Az erre vonatkozó ábrákat lásd Herzognál,<sup>5</sup> Eberthnél<sup>6</sup> és Lichtenbergnél.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Herzog J.: Beiträge zur Entwicklungsgeschichte und Histologie der männlichen Harnröhre. Arch. f. Anatomie und Entwicklungsgeschichte, 1904. 63. köt.

<sup>6</sup> Eberth C. J.: Die männlichen Geschlechtsorgane. G. Fischer, Jena, 1904.

<sup>7</sup> Lichtenberg S.: Beiträge zur Anatomie u. s. w. des Urogenital-Kanals und seiner Drüsen. II. Abthlg. Bergmann, Wiesbaden, 1906.



nak ebből eredő elégtelenségéhez, mindeme a váladékviisszatartásra hajlamosító okokhoz járul még a nevezett szervek lassú váladék-áramlása, melynek következtében rendes körülmények között mindig csak bizonyos mennyiségű bakterium ürül ki, azaz *descendál* a húgycsőbe a beteg mirigyveszélyes gyulladásos váladékai ban. A *descendáló* kórokozók ezen állandó mennyiségét — mely részben magában az eredeti mirigyváladékban, részben a húgycső nyálkahártyáján tovább szaporodik — lassanként megszokja s jelenlétére ekkor már csak alig genyes, inkább nyálkás váladék termelésével reagál. Ugyaníly kinézésű, sőt sokkal „nyánúsabb” színű váladékot az elülső húgycsőben állandóan találhatni *gonococcusmentes* beszűrődések eseteiben is, ha elég hatalmasak s az idült *gonococcusmentes* prostata- vagy ondóhólyaghurut né-mely esetében is néha igen bőségesen észlelhetni.

Ha azonban a megszokottnál nagyobb *gonococcustömegek* ürítettnek egyszerre a nyálkahártyára (*excessus in coitu*, *pollutio* stb.), ez ezen invasióra az ismert gyors spontán lefolyású bő genyedéssel járó és igen bő *gonococcustartalmú* recidiva képében felel. Néha azonban ily alkalommal a húgycső erősebben támad-tatik meg és fájdalmas infiltrátumok és ezekből kiinduló lymphadenitisek és lymphangoitisek is észlelhetők az ilyen autoreinfec-tiók kapcsán, melyek a friss fertőzés képét utánozhatják és nem-csak a beteget, hanem az orvost is félrevezethetik.

Csak e bő *gonococcus*lelet által, a mi természetesen ismét csak górcsővi vizsgálat útján állapítható meg, különböztethetők meg ezen esetek azoktól a „typhusos zöldessárga”, bőséges, de bakteriummentes váladéktermeléssel járó izgalmi állapotoktól, melyeket *excessusok* és mechanikai insultusok után, erősebb fokú, de *gonococcusmentes* beszűrődésekkor is észlelhetni és a melyek a beteget az orvoshoz viszik attól való féltében, hogy új-ból *gonococccussal* fertőzte magát. Általában az idült kankó-nak kórképében talán szabályként merném mondani, hogy igen nagy *gonococcustömegek* az elülső húgycsőben rendszeren ki-folyást vagy kiszorítás útján nyerhető váladékot okoznak (bár ez alól is vannak kivételek), míg számbelileg véve aránylag kevés *gonococcus* jelenlétekor spontán váladék nincs, csak fona-lak mutatkoznak s a vizelet különben tiszta marad. *De a gono-coccusok száma mindenkor aránytalanul nagy a húgycsőben talál-ható váladék és a genyeselek tömegéhez viszonyítva.* Mennyisé-gük bizonyos fokig arányos a retentiós góczokban található csírák számával, mert *descendálás* közben szaporodnak, a mennyiben nagy mennyiségű *gonococcust* tartalmazó retentiós góczok fenn-forgása esetében a váladék illetőleg a fonalak bőségesen vannak jelen, és rendkívül sok *gonococcust* tartalmaznak, míg kevés *gonococcust* tartalmazó retentiós góczok eseteiben váladék többnyire alig vehető észre és az elülső húgycsőben talált váladék *gonococcustartalma* a bőséges és óriási között változik.

Azon magatartás szerint, melylyel a húgycsőnyálkahártya erre az állandó bakteriumátvándorlásra felel, a betegeket, kik-nek váladéka a heveny kankó lefolyása után még tartalmaz *gonococcusokat*, egészen eltekintve a retentiós gócz helyzetétől és bakteriumtartalmától, két kategóriába lehet sorolni, mely két kategória szerint a betegeket röviden *idült kankósoknak* (*chronische Gonorrhoeiker* [Jadassohn<sup>1</sup>]) és *kankómikroba-hordozóknak* (*gonococ-cusgazdáknak*, *Gonokokkenträger*) nevezem, a szerint, vajjon a typhusos heveny betegség lezajlása után a betegen még a kankó sar-kalatos klinikai tünetét, azaz a kifolyást észlelhetni-e vagy sem, azaz vajjon a *gonococcusok* elvesztették-e a húgycsőnyálkahártyára gyakorolt chemotaxisos hatásukat vagy sem. Erre utalok nem-csak az általános pathologia szempontjából, hanem azért is, mert a számos szerző közül, a ki a Medizinische Klinik-ben<sup>2</sup> „Az idült kankó lényege és gyógykezelésére” vonatkozó kérdésre felelt, csak *Jadassohn* tette meg az általam is megtett *distinctiót*.

E két állapothoz analogiát találunk a typhus pathológiájá-ban, mely egyébként is, más vonatkozásban is igen érdekes pár-huzamokat enged vonni két betegség között.

A typhusban a bacillusok már az incubatiós szakban a vér-ben keringenek és jelenlétük a vérből való kitenyésztés útján

(*Conradi*<sup>3</sup>) beigazolható oly egyénekben, kik typhusos betegek környezetében tartózkodva még látszólag egészségesek voltak, de később typhusban megbetegedtek. A *klinikai megbetegedés* első napjaiban pedig ez mindenkor sikerült. De még jóval korábban birta *Fornet*,<sup>4</sup> még mielőtt a bacillusokat a vérből ki lehetett tenyészteni, a praecipitinreactio segítségével a tőlük származó anyagesertermékeket kimutatni. Ezen tapasztalatok is párhuzamba hozhatók az előadásom első részében említett néhány esetben fel-veendő általános gonorrhoeás fertőzéssel.

A vérből a typhusbacillusok az epébe választatnak ki és ez-zel jutnak a bélbe, mely ily módon csak másodlagosan betegszik meg. Az epejáratokban és az epehólyagban rendszeren (*Riedel*<sup>5</sup> szerint 95%-ban) klinice lappangó gyuladást idéznek elő, melynek lobos termékei változtatják át az egyébként a typhus-bacillusra baktericid hatású epét ezen bacillusra nézve ked-vező táptalajjává (*Pies*<sup>6</sup>). Ha tehát a klinikai typhusmegbetege-dés lezajlása után az epehólyag *hurutja* nem gyógyul meg, a typhusbacillusok benne tovább nőnek, vele a bélhuzamba kerül-nek és a külvilágba ürítettnek állandóan, a klinice meggyógyult betegek „typhusbacillusgázdák” lettek. Ezek nagy része 2–6 hét mulva spontán végleg megszabadul bakteriumaitól, a klinice meggyógyult betegek már most bakteriologice is meggyógyultak. Egy másik része ezen egyéneknek hónapokon és éveken keresztül választja ki epéjével és üríti ki bélsarával a typhusbacillusok óriási tömegét, a nélkül, hogy ez neki bármilyen zavart okozna (*Dauer-bazillenträger* [Forster<sup>7</sup>]). Az ismert typhus- és paratyphus-bacillus-gazdáknak csak igen kis töredéke panaszokdikk zavarokról, melyek az epehólyagra — a strassburgi intézet által nyilvántar-tott 175 bacillusgázda közül 23 = 15% — vonatkoztathatók. Bél-panaszaik (hasmenés stb.) pedig egyáltalában nincsenek. Csupán egy esetet (*Dehler*<sup>8</sup>) birtam az irodalomban találni, melyben a typhusbacillus állandó kiürítése idült hasmenéssel is járt; ezen beteg ily módon az „idült kankósokkal” klinice egy kategóriába sorolható, míg a többi, nagyszámú typhusbacillusgázda az aránylag ritka, klinikai tünetet nem mutató *gonococcusgaz-dákkal* tartozik egy osztályba. Az előbbi osztályba sorolandó továbbá még egy beteg, kinek igen érdekes kórtörténetét *Lorey*<sup>9</sup> közli. Ezen eset sok tekintetben hasonló tüneteket (gastroente-ritis acuta az epehólyagban 2 éven át lappangott paratyphus-bacillus következtében) mutat, mint az előbb említettem gono-rrhoeások és *gonococcusgázdáknak* follicularis infiltratum-képződéssel és ehhez társuló lymphadenitissel járó autoreinfeciója.

*Dehler* előbb említett betege, 46 éves elmebeteg nő, 2 év óta volt bacillusgázdának felismerve és sorozatos bakteriologiai ellenőrzéssel ilyennek nyilvántartva. Hogy mikor állotta ki typhusát, nem volt kideríthető.

Két év óta szenvedett igen nehezen elállítható, igen híg bél-sárirúlással és eves czafatok kilöködésével járó makacs hasmenés-ben; alkarnyi végbélelőesés is komplikálta még e bajt. A beteg e miatt, valamint a hasmenése miatt igen tisztátalan és a környezetében levő tárgyakat fertőző bélürülékével állandóan bemocskolja.

Egyébként egészségesnek érezi magát, jól táplált. Az összes belső gyógyszerek, melyek a typhusbacillusoknak a vérből való kiirtására javaltattak, eredmény nélkül maradtak. Az epehólyag részéről semmiféle panasz sem volt.

*Dehler* ezek után, csupán azért, hogy a beteget typhus-bacillusaitól megszabadítsa és állandó fertőzőképességét megszüntesse, elhatározta, hogy epeütjait műtéti beavatkozás segítségével ki fogja takarítani.

1906 augusztus 20.-án az epehólyagot többrendbeli *összenövé-seiből* kiszabadította; a steril fecskendővel kiszívott epe kevés

<sup>1</sup> *Conradi*: Deutsche med. Woch., 1906. 2. sz.

<sup>2</sup> *Fornet*: Die Praecipitinreaction. Münch. med. Woch., 1906. 38. sz.

<sup>3</sup> *Pies*: Untersuchungen über die Wachsthumsgeschwindigkeit d. Typhusbacillen in der Galle. Arch. f. Hyg., 1907. 62. köt. 107. lap.

<sup>4</sup> *Riedel*: Münch. med. Wochenschrift, 1905. 17. szám.

<sup>5</sup> *Dehler*: Zur Behandlung der Typhusbacillenträger. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 16. szám.

<sup>6</sup> *Forster*: Über die Beziehungen des Typhus u. Paratyphus zu den Gallengängen. Münch. med. Wochenschrift, 1908. 1. szám.

<sup>7</sup> *Lorey*: Über einen Fall von Cholecystitis paratyphosa. Münch. med. Wochenschrift, 1908. 1. sz.

<sup>1</sup> *Jadassohn*: Medizinische Klinik, 1907. 17. szám.

<sup>2</sup> Med. Klinik, 1907. 17–22. sz.



gyulladásos szövetelemet, s typhus- és colibacillusokat tartalmazott. Az epehólyag széles kitérőre két kö került napfényre, melyek egyike a ductus cysticus részben elzárta; eltávolítása után azonnal bőven ömlött világos tiszta epe, úgy hogy a cholecystektomiától és a hepaticus-drainagától el lehetett tekinteni; csupán a ductus cysticusba vezetett be Dehler vastag draint. A sebgyógyulás zavartalanul folyt le, a sipoly többszöri tágitás után november végén (azaz 3 hónap múlva) záródott hegesezés útján.

A teljesen tiszta, átlátszó epe a műtét utáni 4. naptól már csak a typhusbacillust tartalmazta tiszta tenyészetben. Szeptember 5.-étől a duct. cysticus valamint a szélesen kivarrt epehólyagot 3%-os bórsav- és 10%-os lapis-oldattal bőven kimosta katheter segítségével és a drainage-t is megújította. Ennek ellenére az epe, mint ezt a rendszeres ellenőrző bakteriologiai vizsgálatok mutatták, „typhusbacillusokat igen bő tiszta tenyészetben” tartalmazott.

Szeptember 10.-étől október 11.-éig 17 vizsgálatban typhusbacillusok az epében nem találtak; e terminustól fogva ismét tiszta tenyészetben jelentek meg és jelen is voltak az epehólyag-sipoly végleges gyógyulásáig.

A bélsár a műtét után is epés szín; az epe egy kis része tehát a bélbe is ürült.

A székletében a műtét utáni 4. naptól fogva csak egyszer találtak igen kevés typhusbacillust (nincs kizárva a lehetőség, hogy a többi 3 ezen beteggel egy szobában internált szintén elmebeteg typhusbacilluszgáza ürülékei véletlenül fertőzték e próbát); ez időponttól 1907 február 19.-éig 50 próbában typhusbacillus nem találtak. A műtét előtt 2 éven át 37 sorozatos vizsgálatban a bélsár mindenkor bőven tartalmazott typhusbacillust. A beteg a műtét óta gyarapodott; 6 hónap óta a bő hasmenések megszűntek, az előbb szokványos végbélelőlésés azóta csak egyszer jelentkezett csekély mértékben.

A Widal-féle reactio (havonta egyszer az egész idő alatt) 1:50—100-ig positiv.

Ezen betegről Dehler<sup>1</sup> — egy másik, ugyanezen indicatio alapján végezett műtét útján meggyógyított typhusbacilluszgázdáról számolván be — újból tett jelentést. Egy év alatt, 1906 augusztus 26.-ától 1907 augusztus 24.-éig 176 bakteriologice vizsgált bélsár-próba közül 3-ban találtak szórványos typhustelepek, melyek szintén kívülről kerülhettek a vizsgálati anyagba. A Widal 1907 februárjig positiv volt 1:100 arányban, május, június, júliusban negativ volt, augusztusban nyomokban mutatkozott 1:50 hígításban.

A vérvizsgálat úgy a műtét előtti, mint utáni időben végig negativ volt.

A diarrhoea és a végbélelőlésés végleg elmaradt.

\* \* \*  
(Vége következik.)

### A napfürdő hatása a test hőmérsékére.

Irta: Lenkei Vilmos Dani dr., Budapest—Almádi.

(Folytatás.)

A napsütés intenzitása szerint olyképen állítottam össze az eseteket, hogy külön csoportba szedtem azokat, a melyekben a nap fényereje (tehát a melegsugárzás is) az egységnek csak 0.3—0.6 része volt és ezeket szembe állítottam azokkal, a melyekben a nap fényereje, az egységnek 0.65—0.9-e volt.

Az eseteket az említett módon csoportosítva, az első sorban azoknak az átlagos számait jegyeztem fel, a melyekben a napfény ereje nagyobb, átlag az egység 0.77-a, a másodikban azokéit, a melyekben ez átlag 0.5 volt. A hőmérő a napon az első csoportban átlag 51.5, a másodikban 43.7 C fokot mutatott. A levegő hőmérséke 28.2° és 27.5 C°, páratartalma 36% és 41%, a szél ereje 0.7 és 1 fokos volt. A testhőmérsék változásainak közepes adatai a következők:

III. táblázat.

A hóaljlban					A végbélben				
A napf. előtt	a szabad sütkérezés ideje				A napf. előtt	a szabad sütkérezés ideje			
	I. 1/4 ó.	II. 1/4 ó.	III. 1/4 ó.	IV. 1/4 ó.		I. 1/4 ó.	II. 1/4 ó.	III. 1/4 ó.	IV. 1/4 ó.
36-65	+0-16	+0-04	-0-17	-0-17	37-32	-0-08	0	+0-08	-0-07
36-51	+0-14	+0-18	+0-05	+0-10	37-25	-0-03	+0-04	+0-10	+0-15

Az átlagos számokból azt látjuk, hogy ezen csoportosítás a levegő páratartalma szerint való külön csoportosítást feleslegessé teszi, mert azon esetekben, a melyekben a nap melegebben sütött, a levegő páratartalma is, 1—2 esetet kivéve, csekélyebb volt. A test hőmérsékváltozásainak közepes számaiból pedig kitűnik, hogy — még ha a végeredményeket a kezdeti temperatura különbségei szerint ki is egyenlítjük — a végbél hőmérséke erősebb napsütés idején végeredményben kevésbé emelkedett, mint gyengébb napfényben. Ezen ellentmondónak látszó eredményhez mindenesetre azon körülmény járult hozzá, hogy a melegebb napfürdők idején a levegő csekélyebb páratartalma és a bőr erősebb reactioja segítette elő a párolgást annyira, hogy az ez által kiadott melegmennyiség a legtöbb esetben ellensúlyozta, sőt sokszor túl is haladta a testnek fokozottabb melegbevételét, a melyet a nap intenzívebb sugárzása okozott és a melyet az erősebb fényben még jobban élénkítő anyagsere is növelt.

Hogy a bőr nagyobb melegben és fényben jobban reagál, mutatták azon esetek, a melyekben a bőr erősebb fényben ceteris paribus erősebben transpirált. A fokozott izzadás, tehát elegendő nedvesség jelenléte a bőrön, pedig még növeli a száraz levegőben már úgysí fokozott párolgást.

Az anyagsere különböző fokából eredő melegképződést nem vettem külön számításba, mert feltehető, hogy az erősebb fényben fokozottabb mint gyengébben s ezért ennek hatása a nagyobb fényerővel együttesen érvényesül, a mi a III. táblázat adataiban kifejezésre jutott.

A testet környékező levegő valódi hőfoka (parittya-hőmérővel mérve) a sütkezézés idején eseteimben átlag 28 C° volt. Ezért a levegő a testet a sütkezézés alatt nem melegíthette fel, mivel a bőr hőmérséke a napfürdés alatt 32.4 és 37.3° között változott, tehát mindig melegebb volt mint a levegő.

Azon vizsgálásaimban, a melyekben a testet közvetlenül körülvevő levegőréteg hőmérsékét és páratalmát szemben a távolabbi levegőrétegekével mértem, a test közelében a páratartalom fokozódását mindig ki tudtam mutatni (VI. tábla), de a levegő felmelegedését csak azon néhány esetben észleltem, a melyekben a levegő körülbelül 10 fokkal volt hűvösebb, mint a bőr. Ilyen esetek (például az 57. és 60.) adatai az V. táblázaton láthatók s ezek összehasonlításakor az egyik esetben a levegő lehűtő hatása a párolgás által okozott melegvesztésen felül szembeötlő. De az összes esetek átlagában a levegő valódi hőmérséke a napfürdők idején csak 5—6 fokkal volt hűvösebb, mint a bőr. A levegő felmelegítése tehát mindenesetre szintén hozzájárult a test melegkiadásához, de ezen veszteség a párolgás által okozottal szemben általában csak csekély lehetett. A napfürdés alatt csak akkor kell arra is számítanunk, hogy a test a levegő felmelegítése által is veszít meleget, ha hűvös időben vagy nyáron például hűvös légáramlásokor veszünk napfürdőt. Általában is csak akkor van a levegő hőmérsékének lényeges hatása a test lehűtésére, ha a bőrnél jóval (legalább 8—10 fokkal) hidegebb. Mert hidegben a test főleg csak a levegő felmelegítése által veszít meleget, párolgás által csak keveset. Mennél közelebb áll a levegő hőmérséke a bőréhez, annál jobban érvényesül a párolgás által okozott melegvesztés. Innen van, hogy 20°-nál hűvösebb levegőben, ha páradús, több meleget veszítünk, mint ha szárazabb. Míg melegebb levegőben, ha ennek hőmérséke csak néhány fokkal alacsonyabb mint a bőrő, a levegő nagyobb páratartalma (bár a nedvesebb levegő jobb melegvezető) mégis akadályozza a test lehűlését. Mert a test meleg levegőn azon réven, hogy a környező levegőt felmelegíti, oly kevés meleget veszít, hogy ez a párolgás által veszített meleggel szemben számításba sem jön. Ilyen irányú méré-

<sup>1</sup> Dehler: Zur Behandlung der Typhusbacillenträger. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 43. szám.



seimben azt találtam, hogy meztelen testtel árnyékban 26 fokos levegőben, szélesedben, ha a levegő páratartalma a 40%-ot meghaladja, már csekély mozgás mellett másfél óra alatt nem hűlünk le. Felöltözve pedig mozgás közben már 22 °C hőmérsék és 60%-os páratartalom mellett kissé tikkasztónak találjuk a levegőt.

Azon tényezők hatásának mértékét keresve, a melyek a bőr párolgását elősegítik: első sorban a szél ereje szerint csoportosítottam az eseteket, még pedig olyképen, hogy a szélesedben napfürdőkhöz még azokat is hozzászámítottam, a melyekben a sütkezézés alatt legfeljebb időnként volt 1-es szél érezhető. (Ez csak a füstöt viszi odább, de a fák leveleit nem hozza mozgásba.)

IV. táblázat.

A hónaljban					A végbélben				
A napf. előtt	a szabad sütkezézés ideje				A napf. előtt	a szabad sütkezézés ideje			
	I. 1/4 ó.	II. 1/4 ó.	III. 1/4 ó.	IV. 1/4 ó.		I. 1/4 ó.	II. 1/4 ó.	III. 1/4 ó.	IV. 1/4 ó.
36.79	+0.16	+0.11	+0.25	-0.05	37.31	+0.05	+0.11	+0.08	-0.02
36.56	+0.13	-0.06	-0.01	0	37.3	-0.13	-0.01	+0.08	+0.10

V. táblázat.

Az eset száma	Hőmérsék a napon	A levegő hő-mérséke	A levegő pára-tartalma	Fényerő	Szél	V é g b é l h ő m é r s é k						T e s t s ú l y k g m.-b a n					
						napfürdő előtt	I.	II.	III.	IV.	összes változás	napfürdő előtt	I.	II.	III.	IV.	összes változás
							n e g y e d ó r a						n e g y e d ó r a				
57	49.5	22.6	38	0.7	1	37.55	-0.25	-0.3	—	—	-0.55	63.35	-0.1	-0.17	—	—	-0.27
60	51.3	23.2	39	0.7	1	37.35	-0.25	0	—	—	-0.25	63.12	-0.08	-0.07	—	—	-0.15
54	48	29.3	35	0.55	1	37.25	-0.10	0	—	—	-0.10	63.45	-0.1	-0.05	—	—	-0.15
14	46.5	28.0	36	0.8	0	37.35	-0.05	+0.20	-0.05	+0.05	+0.15	55.65	—	—	-0.26	-0.09	-0.35
13	46	27.6	35	0.5	1	37.65	-0.30	0	+0.15	—	-0.15	55.85	-0.15	-0.07	-0.16	—	-0.38
17	47.5	29.4	37	0.8	1	37.25	+0.20	-0.10	-0.05	-0.05	0	67.05	—	—	-0.37	-0.13	-0.50
12	46	28.6	34	0.5	1	36.9	-0.25	0	+0.25	—	0	67.93	-0.06	-0.12	-0.20	—	-0.38
15	48	29.0	30	0.6	2	37.5	-0.4	-0.15	+0.05	—	-0.5	63.5	-0.14	-0.7	-0.04	—	-0.25

Az 54., 57., 60. és 15. eset adatai egy egyénre vonatkoznak. Az 54. napfürdőben: 48 °C hőmérsékén a napon meztelen testtel való félórás napfürdőre 150 gm. súlycsökkenés és a végbélben 0.1 fokos hőszűnyedés, az 57.-ben 49.5 hőmérsékén a napon ugyanannyi idő alatt 270 gm. súlyvesztés és 0.55 fokos hőmérsékcsökkenés mutatkozott. Igaz, hogy az utóbbi esetben a levegő hőmérséke csak 22.6° volt, tehát a levegő is hozzájárult a test lehűtéséhez. De még ennek tekintetbe vételével is feltűnik a nagy hővesztés azon sütkezézés alatt, a melynek idején a test nedvvesztése nagy volt. A 60. számú észlelésben 51.3 fokos napfürdőben fél óra alatt 150 gm. volt a súlyvesztés és a hőmérsék a végbélben 0.25°-kal sűlyedt, míg az 54. esetben ugyanannyi súlyvesztésnél csak 0.1°-os hőszűnyedést látunk. Ezen különbségek oka a 60. esetben csak a levegőnek kivételes alacsony hőmérséke lehetett, mely miatt a test nem csak párolgással, hanem ezen felül még a környező levegőnek felmelegítése által is vesztett melegéből.

A 13. és 14. számú vizsgálások más, de ugyanazon egyének két napfürdőjére vonatkoznak. Ezen az egyik alkalommal szélesedben háromnegyedóra alatt 260 gm. súlyvesztés és 0.1 fokos hőemelkedés, a másik alkalommal ugyanannyi idő alatt körülbelül ugyanoly erős napsütés mellett csekély légmozgásnál 380 gm. súlyvesztés és 0.15 fokos hőszűnyedés mutatkozott. Igaz, hogy ekkor a kezdeti hőmérsék, bár az illető a napfürdő előtt árnyékban pihent, esücsurultja miatt subfebrilis volt, de mégis azt látjuk, hogy nagyobb elpárolgásnál nagyobb fokban csökken a test belső hőmérséke (míg a hónaljé ugyanekkor 0.3-del emelkedett.)

A 12. és 17. szám alatt felsorolt adatok ismét más, de szintén egyugyanazon egyénre vonatkoznak. Ez egyik alkalommal háromnegyed óra alatt, a mikor a szabad sütkezézés idején a hőmérő 47.5 fokot mutatott a napon, 370 gm.-ot vesztett súlyából és végbélhőmérséke 0.05°-dal emelkedett. Más alkalommal 46

Az első (szélesedben) csoport napfürdője idején a nap fény ereje átlag 0.8, a másodikban 0.61 volt. A hőmérő a napon 51.5 és 47 fokot mutatott, a levegő hőmérséke 29.0 és 27.0 °C, páratartalma 38% és 38%, a szél ereje 0.25 és 1.1 fokos volt.

Az átlagos számokból az tűnik ki, hogy a levegő mozgása úgy a végbél-, mint a hónaljhőmérsékre befolyással van. A hónaljban a hőmérsék szélesebb időben majd emelkedést, majd sűlyedést és végeredményben átlag csak 0.06 fokos emelkedést mutatott, míg szélesedesebb napfürdőben átlag 0.47°-dal emelkedett. A végbélben ugyanekkor középszámban 0.22 fokos, míg széles napfürdőben csak 0.04 fokos emelkedést látunk. (Széles napfürdők alatt mindig csak olyanokat értek, a melyekben a levegő mozgása a körülzárt napfürdőhelyiségben 1—3 foknak felelt meg, mert ennél erősebb szélben nem igen szokás napfürdőt venni. Egyrészt azért nem, mivel ez ilyenkor kellemetlen, másrészt meg, mivel ilyenkor — legalább a mi vidékünkön — az idő nem szokott teljesen derült lenni.

A bőr párolgásának mértékét a test súlyvesztése adja. Ezt pontos hőmérsékekkel kapcsolatban csak nyolcz esetben volt alkalmam ellenőrizni. Ezen esetek adatait (elhagyva a hónalj- és a bőr hőmérsék, a pólyázás és a napfürdő után észlelt hőmérsék-változásokat) a következőkben közlöm:

fokos napsütésnél, a mikor a levegő páratartalma csekélyebb volt, ugyanannyi idő alatt 380 gm.-ot vesztett súlyából és hőmérséke végeredményben nem változott. Tehát közel egyenlő fokú párolgás mellett közel ugyanolyan volt a hőváltozás is.

De az egyszerű súlyméréssel meghatározott súlyvesztés nem teljesen pontos mértéke a testből elpárolgott nedveknek, mert az izzadságból több-kevesebb a bőrön marad és nem párolog el. A mi pedig el nem párolog, az nem is von el meleget a testtől. A fent közölt hét esetben tehát nem is lehet az adatoknak a súlyvesztés és hőmérsékváltozás tekintetében teljesen egyezniök. Ha az elpárolgást egész pontosan akarjuk meghatározni, akkor az összes súlyvesztéshez nem szabad hozzávennünk azt a súlyt, a melyet a bőrön maradt verejték nyom, mert az elpárolgott mennyiség ezzel kevesebb. Az elpárolgás pontos mértékét úgy nyerhetjük, ha az illetőt ismert súlyú száraz kendővel jól letöröljük és a kendőnek és a derék alj gyanánt szolgáló pokrócznak ezután meghatározott súlytöbbletét a test súlyvesztéséből levonjuk. Az így nyert adatok pusztán csak az elpárolgott folyadék mennyiségét mutatják (a bőr + a tüdők által elpárolgott nedvek súlyát). Ilyenformán, mivel ennek szükségességéről csak a vizsgálások folyamán győződtem meg, csak egy esetben végeztem a súlymérést (15. eset). Ennél a napfürdő előtt 37.5° volt a végbélben a hőmérsék, mely az első negyedórás szabad sütkezézés alatt 0.4°-dal, a második negyedóránál 0.15°-dal sűlyedt és a harmadik negyedóránál 0.05°-dal emelkedett. (Ekkor szélesed uralkodott, míg előbb csekély légmozgás volt érezhető.) Az elpárolgott nedvvesztés (tehát nem az összes kiizzadt nedvek, hanem csak az elpárolgott részük) negyedóránként 140, 70 és 40 gramm volt. Ebben az esetben tehát az elpárolgás még arányosabban viszonylott a hőmérsék-változáshoz, mint a kevésbé pontos méréseknél.

A bőr párolgásának fokát olyképen is igyekeztem meg-



határozni, hogy a test felszínétől 1 cm.-nyire mértem meg a levegő hőfokát és páratartalmát és ezt a távolabbi levegőrétegekével hasonlítottam össze. Ezen esetek közül például a következő háromnak adatait közlöm:

A nap fényereje a 15. esetben 0.6, a 19.-ben 0.7 és a 60.-ban 0.7 volt. A hőmérsék a napon 48°, 49.5° és 51.3 C°, a levegő hőmérséke 29°, 28.5° és 23.2 C°, a légmozgás 2°, 1° és 1° volt.

VI. táblázat.

Az eset száma	A levegő páratartalma	Végbélhőmérsék napfürdő előtt	Végbélhőmérsék		Páratartalom 1 cm.-re a testtől		Súlyvesztés gm.-ban	
			I.	II.	I.	II.	I.	II.
			negyedóra		negyedóra		negyedóra	
15	38%	37.5	-0.4	-0.15	+3%	+1%	-140	-70
19	38%	37.55	-0.25	-0.3	+7%	+11%	-100	-170
60	39%	37.35	-0.25	0	+7%	+5%	-85	-65

A testet környező levegő felmelegedése a közölt esetek közül csak a 60.-ban volt kimutatható. Ez az első negyedórán 2.5, a másodikban 2.0 fokot tett ki.

Ezen mérésekből is az tűnik ki, hogy a bőr nagyobb párolgásával a test hőmérséke arányosan csökken. Ha a testet közvetlenül körülvevő levegőrétegekben több volt a páratartalom, akkor a végbélhőmérsék jobban süllyedt. A kiszámított abszolút nedvességet a relatív helyébe állítva: a 15. esetben az első negyedórán a végbélhőmérsék 0.4-del süllyedt, a testsúly 140 gm.-mal csökkent és a testtől 1 cm. távolságban a levegőben — dacára annak, hogy csekély légmozgás is volt észlelhető — köbméterenként 10 gm. víz volt, míg a távolabbi levegőrétegekben csak 8.3 gm. volt a párányomás. A második negyedórán kevesebb: 9.5 gm. volt a testet közvetlenül környékező levegő víztartalma, szemben a távolabbi rétegek 8.3 gm.-jával és a végbél hőmérséke kevesebbet, 0.15-dal süllyedt, a test súlyvesztése pedig csak 70 gm. volt. Ugyanilyen viszonyokat mutat a másik két eset is, a melyben ilyen méréseket tettem. Ezekben a testet közvetlenül körülvevő levegőrétegek páratartalma, mivel a napfürdő alatt a légmozgás csekélyebb volt, aránylag még kifejezettebben mutatkozott.

Látjuk tehát, hogy a test erősebb párolgásával együtt jár a hőmérsék süllyedése vagy csekélyebb emelkedése. Látjuk azt is, hogy a test párolgását a levegő csekélyebb páratartalma, a szél és a bőr fokozottabb működése mozditja elő és hogy ezen tényezők nyilvánulásuk fokával arányosan növelik a párákiadást. A bőr fokozottabb működését az erősebb fény és melegsugárzás is kiváltja, de a verejték bővebb kiválasztására mindenesetre az is hatással van, hogy bő vízmennyiség áll-e a szervezetnek rendelkezésére vagy nem. Hogy ezen utóbbi tényező befolyását is némileg ellenőrizhessem, az 57. vizsgálat előtt negyedórával 2.5 deciliter vizet itattam az illetővel, a mit ugyanannak másik két vizsgált napfürdője alkalmával, az 54. és 60. vizsgálat előtt nem tettem. Az eredmény az V. táblázaton látható: azon napfürdőben, a mely előtt az illető vizet ivott, párávesztése 120 gm.-mal több volt, mint a többiekben vízfelvétel nélkül. Ugyan-így jártam el a 14. vizsgálatkor is, a melynek ellenőrzéséül a 13.-ban — ugyanazon egyénen — a napfürdő előtt szintén 2.5 deciliter vizet itattam. Itt is az volt az eredmény, hogy azon napfürdőben, a mely előtt az illető több folyadékot vett be, jóval többet is párologtatott el és hőmérséke a végbélben süllyedt, míg a másik napfürdő alatt emelkedett. Igaz, hogy a 13. számú vizsgálatkor csekély légmozgás is elősegítette a párolgást.

(Vége következik.)

## TÁRCZA.

Sebkezelés és sebészeti eljárások a Bier-féle berlini egyetemi sebklinikán.

(Vége.)

A mi az egyéb műteti eljárásokat illeti, megemlítenők a száj-, a torok-, a gége- és a nyak-műtétek, a melyeket leginkább

daganatok miatt végeznek, mint például a felső vagy alsó állkapocs daganatai, tonsillárok miatt a környező mirigyek teljes kiirtásával. Gégeműtétet carcinoma miatt két ízben végeztek, egy ízben a gége felének, máskor meg az egész gégeének a kiirtásával. Egyéb nyaki műtét strumák, lymphomák és álképletek kiirtása volt.

Mindezen műtétekben legnagyobbbrészt a helyi anaesthesiát alkalmazzák, csak egyes esetekben, szájműtétekben, a midőn nagyfokú vérzés várható, használják a narcosist a Kuhnt-féle kanüllel. Gégeműtétekben minden esetben a helybeli és vezető anaesthesiát alkalmazzák, részint a nyálkahártyának 10%-os cocainnal való beecetelésével, részint az ide vezető idegek mentén létrehozott anaesthesiával. A mellkasi műtétek nagy részét a bordaresectiók teszik, a midőn szükség szerint egy vagy több bordát távolítanak el. Empyemában a váladék kibocsátása után a mellüregbe draint helyeznek, a melyet a sebben varrattal erősítenek meg, utána a sebet összevarrják, előbb az izomzatot, azután a bőrt. Az üreget a drainen keresztül kezelik szivattyúzással.

Az emlőrákok műtétét minden esetben Kocher szerint végzik a m. pectoralis majornak, esetleg a minornak és a mirigyeknek kiirtásával. Az eredmények a kar mozgathatóságát illetőleg nagyon jók, a mit azonban a kötésnek és az utókezelésnek kell tulajdonítani. Ugyanis ilyen esetekben a kötést úgy végzik, hogy a kart vagy magasra kötik, vagy pedig a könyökben behajlítva abductiós helyzetben, oly módon, hogy a felkar, az alkar és a törzs háromszöget alkot, azt tartván, hogy a kar a kötés megoldása után saját súlyánál fogva is már leesik és így könnyebben tehető mozgathatóvá, mintha a kar a törzshöz van kötve. A kötést már harmadnap leveszik és megkezdik a karnak passzív mozgatását, a mely, mint láttam, a varratra semmi befolyással sincs. Így érik el a végtagnak teljes mozgathatóságát.

A hasi műtétek közül a gyomron végzett műtétek legnagyobb részét a gastro-enteroanastomosis teszi, s itt csak azt akarom említeni, hogy leggyakrabban a retrocolica posticiát csinálják és az egyesítendő gyomor- és bélrészeket (klammerekbe) belfogóba fogva, előbb a gyomor és a bél serosáját vágják át, melyet azután egyesítenek selyemvarrattal, utána a gyomornak és a bélnek többi rétegét Paquelin-nel választják szét, azért, hogy a vérzést ezáltal csillapítsák, mely után catgut- és selyemvarrattal látják el szabályszerűen előbb a gyomort, majd a hasfal sebeit.

Az appendixműtétekben a pararectális metszést ejtik és lehetőleg kis metszést végeznek, bár nem ragaszkodnak feltétlenül ehhez. Bier híve a korai appendicitis-műtétnek, de csak akkor operál, ha az első 24—36 órában kapja az esetet. Ha ez az idő elmúlt, akkor megvárja a heveny folyamat teljes lezajlását és az intervallumban operál. Ha átfúródás következtében geny vagy erős összenövésnek vannak, a Mikulicz-tampont használja. Az appendix mesenteriolumáról való felszabadítása után eredeténél lekötik, átvágják, néha paquelinezik, majd elsüllyesztik a hasüregben és a hasfalat rétegesen zárják.

Sérv eseteiben a Bassini-féle műtét használatos, a mely után a beteg két hétnél előbb semmi esetre sem kel fel.

Bélszűkületekben, végbéldaganatokban az esethez mérten ideiglenes vagy végleges anus praeternaturalist csinálnak, vagy ha indikált, bélresectiót; végbéldaganat (rák) eseteiben pedig végbélresectiót a farsikesontok resectiójával.

Az amputációknál a csontot nem fűrészlik le subperiostálisan, azaz a fűrészelés előtt nem tolják le a csonthártyát a csonttól, hanem egyszerűen átvágva a csontkal együtt távolítják el. Ugyanis azt tartják, hogy ha a csonthártyát meghagyják, az a csont végén csontképződést indít meg, a mely fájdalmas lesz és a művégtag használatára vagy támaszkodásra nem alkalmas. A lágyrészek összevarrása után 24 órára minden alkalommal draint helyeznek be, a melyet a kötés levétele nélkül távolítanak el. A csontot a sebnak begyógyulása után utókezelésnek veszik alá, a mely abban áll, hogy hozzászoktatják a művégtag vagy támaszték viseléséhez. Ezt úgy érik el, hogy a csontot naponként ütögetik vagy kemény tárgyra támasztatják, pl. gipszvégtagra, hogy így mintegy edzve legyen. Ezután a beteg meg-



kapja a művégtagot, a melyre a csont egyúttal támaszkodik is és a beteg kényelmesen tud vele járni.

Törések, ficamok kezelésekor gyakori használatnak örvendenek a Bardenheuer-féle nyújtó kötések, különösen dislocatio esetén, a midőn minden egyes alkalommal különböző oldalról Röntgen-képeket vesznek fel, hogy meggyőződjenek a nyújtás vagy beigazítás helyes voltáról. Figyelemmel vannak arra, hogy a végtagok rögzítését, a mennyire lehetséges, mellőzzék, hogy elkerülhető legyen az izomzat atrophiaja. Korai mozgás, massage, meleg levegő használatával megtartják vagy fokozzák a normális vérkeringését a végtagnak, és ezáltal siettetik a callusképződést. Bier a callusképződés okát úgy magyarázza, hogy a törés következtében létrejött vérömleny mint gyuladást okozó anyag a csontosodásra képes kötőszövetet izgatja, a vérömleny maga pedig a növekedő callusnak ott helyben tápanyagul szolgál. Azért általában a túlnagy callusképződést ők sem tartják kívánatosnak, különösen ízületek közelében nem, a hol nagyobb callus tömeg hátrányos lehet a végtag működésére. Tehát nem is törekednek törés eseteiben a vérömlenyt műileg szaporítani, ha nincs mit tartani renyhe gyógyulástól vagy pseudarthrosistól. Hogy a legegyszerűbb törés általában legjobban gyógyul és a nem dislokált törések legjobban gyógyulnak csekély callusképződéssel, azt Bier és tanítványai is elismerik és normális törés eseteiben ők is a vérömlenynek korai felszívódására törekednek; e tekintetben Bardenheuer nézetéhez csatlakoznak, a ki czélul tűzte ki a callusképződést a szükséges korlátok közé szorítani.

Azon esetekben azonban, a melyekben renyhén gyógyuló törésről vagy pseudarthrosisról van szó, használják a vérbefecskendést.

A beteg végtagról ilyen alkalommal is több Röntgen-felvételt készítenek a végtag különböző állásában, hogy az elváltozás pontos helyét megállapíthassák. A kezelés azután abból áll, hogy a törvégek közé vért fecskendeznek.

Az eljárás a következő: Ha például karról van szó, akkor azt a helyet, a hol a befecskendés történik és a honnét a vért veszik, mindenekelőtt desinficiálni kell. A vért rendszeren az ép karnak gyenge leszorítás által feltüntetett vena medianájából veszszük, vagy ha a vena a bőrön keresztül nehezen püngálható, kis metszéssel kipraeparáljuk és egy körülbelül 20—30 köbcentiméteres fecskendővel, külön e czélra készített tüvel veszszük a vért, a melyet rögtön, még mielőtt ideje volna megalvadni, közvetlenül a beteg csontnak, csontthártyája alá, ha lehet a törvégek közé fecskendezünk. A fecskendőnek és a tűnek különösen erősnek kell lenni, különben egy csepp vért sem lehet a szükséges helyre hozni. Ha sehogysem sikerül a törvégek közé jutni, akkor ajánlatos a törés helye körül egészen a csontig hatoló, többszöri befecskendést alkalmazni. Ezen befecskendést több ízben kell ismételni és a legfontosabb, hogy nem szabad korán felhagyni vele és nem szabad például 3 befecskendezés után abba hagyni, mert még nem értünk el eredményt. Vannak esetek, a hol néhány injectio után a gyógyulás hirtelen kezdetét vette és teljesen be is állott, a nélkül, hogy többet kellett volna befecskendezni. Ezért súlyosabb esetekben, a midőn az első befecskendésekre nincs reactio, 8—10 napi időközökben az injectiót meg kell ismételni és a hatást megfigyelni. Gyakran már az első és második befecskendés után a reactio oly feltűnő, hogy a további befecskendezéseket mellőzni lehet. A befecskendezésre heves reactio, az acut gyuladásnak minden tünete jelentkezik, mely azonban rövid idő, néha már egy nap alatt is lezajlik.

Felmerül az a kérdés, vajon a saját vérét a betegnek és ezt defibrinálva vagy nem defibrinálva, vagy pedig idegen vért fecskendezzünk-e be. Számos, máshol is végzett kísérletek bizonyítják, hogy az idegen vér hatásosabb mint a saját vér. A defibrinált vérre vonatkozólag pedig az a tapasztalat áll, hogy ennek befecskendezése az emberi szervezetbe veszedelmes. A klinikán a beteg saját vérét, még pedig nem defibrinálva fecskendezik be. Bier ajánlja, hogy a privátpraxisban vér helyett jodtincturát is lehet befecskendezni, a mennyiben ez könnyebben keresztülvihető, csak hogy nagyon fájdalmas.

A vérbefecskendezés tehát leginkább ott jön használatba, a hol lassú callusképződésről van szó, a midőn 5—8 hét múlva sincsen consolidatio. Ilyenkor 1—2 injectio rendkívül hatásosnak bizonyul és 2—3 hét múlva teljesen beáll a consolidatio. Használatos továbbá pseudarthrosis esetén, a hol azonban, mint tapasztaltam, elég gyakran nem vezet eredményre és ilyenkor a csontvarrathoz folyamodnak, a melyet elég gyakran volt alkalmam látni.

Végül elkerülhetetlen, hogy a gyuladások kezeléséről ne tegyek néhány szóval említést, bár erről e lap hasábjain elég szó esett. Jelenleg újabb momentumként a gyuladások kezelése teréről csak azt említhetem meg, hogy kísérletek folynak vérbefecskendezéssel, a mely kísérletek Bier nyilatkozata szerint eddig még nem kielégítőek. A többi ismert eljárást csak tökéletesebb formában és tágabb téren alkalmazzák.

A gyuladások kezelésekor tekintetbe veszik az acut és chronikus gyuladásokat. Mindegyik esetben a hyperaemiával való kezelés jön számba, a mely, mint tudjuk, háromféle módon idézhető elő, úgymint pangással, szívókészülékkel és hővel.

A pangást előidéző pólya alkalmazásakor, melyet leggyakrabban a végtagok hyperaemizálásakor használnak, figyelni kell, hogy az arteriális vérkeringésben változás ne álljon be, tehát az arteriális pulsus minden esetben érezhető legyen. A venosus lefolyás is csak lassabb lesz, de nem szűnik meg, így tehát a végtag meleg lesz, sőt melegebb mint a másik. Figyelnek arra, hogy az ily módon hyperaemizált végtagban semminemű fájdalom se álljon be, sőt ha van fájdalom, annak szűnni kell. Eklatans példákat szolgáltatnak erre a gonorrhoeás ízületek, a melyekben a pólya alkalmazása után a fájdalom  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  óra múlva megszűnik, úgy hogy kis fokban mozgathatóvá is lesznek. Bier épen ennek alapján a biztos diagnosit gonorrhoeás ízületi gyuladásra egyéb tünetek hiányában csak akkor teszi, ha látja, hogy a pólya alkalmazása után a fájdalom rövid idő múlva megszűnik. A pangásos végtagnak színe kékesvörös legyen, sohasem halvány, acut gyuladásokban élénkpiros. Elv az, hogy meleg, fájdalommentes legyen és a pangást lássuk. Heveny folyamatokban 22 óráig, tuberculosisban csak 1—2 óráig hagyják a pólyát a végtagon. Sebek vagy sipolyok fennállása esetén a kötést a pangás idejére leveszik, hogy mindennemű compressiót megakadályozzanak.

Pangásos hyperaemiát szoktak használni a fejen például a proc. mastoideus gyuladásakor, parotitisben, a midőn a nyakra a gége alatt egy 2 centimeter széles gummikötőt helyeznek, a mely gyorsan szűkíthető és tágítható egy kampó segítségével. Továbbá a vállon és a herén is alkalmazásba jön, az utóbbin elég gyakran, a hol ezerzavastagságú gummicsővel a scrotum eredeténél történik a szükséghez mért leszorítás.

Igen gyakran használják, és pedig nagyon szép eredményre, a szívókészülékeket legkülönbözőbb formáikban. Ezeknek használatakor is figyelni kell arra, hogy fájdalommentes, kékespiros hyperaemizált területet kapjunk. A szívókészülékek jelenleg  $\frac{3}{4}$  óráig alkalmaztatnak naponként, 5—5 percznyi tartammal, 3—3 percznyi szünettel váltakozva. Fontos alkalmazásuk van az ízületek merevségének mozgathatóvá tételében és pedig czélszerű kihasználásával ama erőnek, a melylyel a végtag a légritkított térbe behuzatik. Vannak oly készülékek, a melyekkel ujjak, kéztőizületek passiv flexióját fájdalommentesen lehet végezni a hyperaemiás kezeléssel.

A harmadik kezelésmód a hővel való kezelés. Erre a czélra szolgálnak a különböző szerkezetű szekrények, meleglevegődusok, mely utóbbiak leginkább neuralgiák, ischias eseteiben jönnek számba. A klinikán külön erre a czélra berendezett terem áll a betegek rendelkezésére, a hol az egyes szekrényekben  $\frac{3}{4}$ —1 óráig, meleglevegő-dussal  $\frac{1}{2}$  óráig kezeltetnek. A dust egy a teremben felállított elektromos készülék szolgáltatja. A meleg levegőt használják a chronikus ízületi merevségekben (trauma, rheuma, arthritis deformans), gyógyult törések és ficamok utókezelésében, lumbagók distorsiók, izomrheuma, vérömlenyek, ulcera cruris eseteiben.

Első és főkélléke a hyperaemiás kezelésnek, hogy azt a beteget, a kit pangásos hyperaemiával kezelnek, folyton ellenőrizték. Felvilágosítják a beteget a kezelés mivolta felől. Acut genyedés esetén a genyet kibocsátják, de csak kis metszéssel; tehát azzal, hogy egészséges szöveteiből egészséges szövetet csinálják a metszést, felhagytak. Mélyebben ülő genyedés eseteiben azonban nagyobb



metszést ejtenek, mintegy 2—3 cm.-nyit. Az utókezelésben drainezést vagy tamponálást nem használnak. Acut izületi gyulladásokat, valamint gonorrhoeás izületi gyulladásokat 20—22 óráig naponta pólyával kezelnek, közben 2—4 óráig magasra fektetik a végtagot, hogy az oedema visszafejlődjék. Ha az izületben folyadék van, punctiót végeznek, ha geny van, ezt trokárral kibocsátják és utána steril physiologiai konyhasóoldattal mosnak. Az izületeket sohasem drainezik, nem is nyitják meg, és nem tamponálják. Az izületeket nem fixálják kötésekkel vagy sinekkel, hanem csak kényelmesen fektetik. A mint a fájdalom enyhült, passiv és activ mozgásokat eszközölnek a merevség elkerülése végett, de csak akkor, ha a betegnek nagyobb fájdalmat nem okoznak. Ugyanekkor a pangást kevesebb ideig is használják, de mindaddig, a míg meg nem szűnt a folyamat. Paraarticuláris tályogokat megnyitnak s ügyelnek, hogy genyretentio seholy se maradjon vissza. Sipolyok naponta  $\frac{3}{4}$  óráig kezeltek. Ha merevség maradna vissza, a gyulladás teljes lezajlása után a hőkezelésre térnek át.

A hyperaemiás kezelésnek tág tere nyílik inhuvelygyuladások, panaritiumok, paronychia, acut osteomyelitis, furunculások, carbunculusok, fertőzött sebek, bubók, mirigy-tályogok, mastitisok eseteiben, mely utóbbiakban főképen a szívókészülékeket használják.

Inhuvelygyuladásban naponta 22 óráig alkalmaznak pangásos hyperaemiát 2 órai szünettel. A kezdeti stadiumban incisio nélkül használják az eljárást, a mint azonban genyre van gyanu, az inhuvelyt több kisebb bemetszéssel megnyitják, hogy a genyet kibocsássák. A bemetszés után konyhasóoldattal irrigálnak. Tamponálást nem használnak, az ujjakat nem hagyják nyugalomban, hanem korán mozgattatják. A pangás idejét csak akkor szabják rövidebbre, ha a láz esik.

Erysipelas, parotitis, szájpadlászphlegmone, otitis media eseteiben, mint már említém, a fejnek pangásos hyperaemiája jönne szóba, a mely azonban a klinikán ritkábban jön alkalmazásba.

Gyakran használják azonban a pangásos hyperaemiát prophylactice, igen szép eredménnyel, bekövetkezett fertőzésekben, fertőzött sebekben, különösen, ha inak is át vannak vágva, továbbá komplikált törésekben.

A mi a chronikus gyulladásokat illeti, első sorban a tuberculosis jön szóba, még pedig a tuberculosos izületi gyulladás, a melyet kizárólag passiv hyperaemiával kezelnek naponta egyszer 1 óráig vagy 2 óráig, vagy pedig kétszer 1 óráig. Ellenjavalt előrehaladott általános tuberculosisban, vagy pedig abban az esetben, a midőn resectioval rövidebb idő alatt lehet jó eredményt elérni. Így nem használatos a pangásos kezelés előrehaladott térdizületi tuberculosisban, a hol rossz helyzetben történt csontos összenövés, vagy a patellának az anchylosis a czombesonttal, vagy súlyos subluxatio van jelen. Ilyenkor resectiót végeznek. Más képen van ez oly izületeken, a melyeknek functióját még meg lehet menteni. Ilyen alkalommal a legkisebb mozgathatóság reményt nyújt arra, hogy gyógyulás áll be mozgathatósággal. A nem nagyon fájdalmas izületeket nem fixálják kötésekkel, hanem csupán fektetik, és a mily korán csak lehet, active és passive mozgattatják, a mely művelet nagy elővigyázat mellett történik.

A midőn a tuberculosos izület mellett tályog képződik, ezt megnyitják és erélyesen kinyomják, de nem kaparják ki, nem drainezik, nem tamponálják. A további kezelés azután a szívókészülékkel történik a már említett módon. A kezelés után a sebet, melynek környéke lanolinnal és vaselinnal már előzőleg be volt kenve, száraz kötással (Zellstoff-fal és pólyával) látják el. A kezeléssel kapcsolatosan antisepticumot sohasem használnak.

Egyéb tuberculosos megbetegedések, mint spina ventosa, heretuberculosis, inhuvelytuberculosis, továbbá tendovaginitis crepitans főképen pangást okozó pólyával, elgenyedt tuberculosos mirigyek és egyéb tuberculosos tályogok szívókészülékkel kezeltek.

Az említett tuberculosos megbetegedések nagy részét ambulanter kezelik, és a mennyiben az ily kezelés hosszadalmas, mert a folyamat is hosszadalmas, a beteget erre előre figyelmeztetik, sőt egyesek a kezelési technikára betanítatnak és csak időnként mutatkoznak a klinikán az elért eredmény bemutatása végett.

Kammer Manó dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Kórélettan.** Tankönyv orvosok és orvostanhallgatók számára. Irta **Krehl Ludolf**, a belorvostan rendes tanára a heidelbergi egyetemen. Negyedik újonnan átdolgozott kiadását fordította **Székely Ágoston** dr. egyetemi rendkívüli tanár. Budapest, 1907. A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat könyvtárának XC VII. kötete.

A ki ismeri *Krehl* „Pathologische Physiologie“-ját, bizonyára nagy örömmel vette kezébe ennek a kitűnő könyvnek magyar fordítását; a ki pedig még nem ismerte, az a magyar fordításból meggyőződhetik, hogy igazán hűzgapótló művel gazdagodott a magyar orvosi irodalom. Kell-e nagyobb elismerés *Krehl* könyvének, mint az, hogy rövid pár év alatt immár ötödik kiadását érte meg? Ezen siker annál nagyobb elismerés, mert ezt a könyvet Németországban nem veszik talán csak azért, hogy belőle a hallgatók a szigorlatra készüljenek, hiszen ott a kórélettan, vagy a mint nálunk nevezik az általános és kísérletes kórtan, nem vizsgatárgy. Igazán nagyon hasznos, jól megírt könyv, mely nemcsak teljesen a modern élettan színvonalán áll s annak megfelelően tárgyalja elég kimerítően a kóros életjelenségeket, hanem kellőképen tájékoztat és útbaigazít az irodalomban és — a mi nagy előny — leplezetlenül rámutat mindenütt kórélettani ismereteink hiányosságára. Ezzel csak buzdítóan hat azokra, kiknek ambíciójára ezen tudomány fejlesztése, úgy hogy ezek is ép oly élvezettel és megleléssel használhatják *Krehl* könyvét, mint azok, kik tanulni akarnak belőle.

Mi magyar orvosok nagy hálával tartozunk a Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulatlak, hogy éleslátással a külföldi irodalomnak ép azt a termékét szemelte ki, melyre nagy szükségünk volt. Azt hisszük, hogy hathatósan hozzá fog járulni azon egyedül helyes felfogás megerősödéséhez, hogy a betegségek igaz megítélése és észszerű gyógyítása csakis az élettan alapján lehetséges s elő fogja mozdítani az élettani gondolkodást a betegágy mellett. De nemcsak az orvosok, hanem az orvostanhallgatók is bizonyára örömmel üdvözik e könyvet, mely nagyon jó szolgálatokat fog tenni tanulmányaikban. A fordítás maga kifogástalan. T.

**Das Wesen des menschlichen Seelen- und Geisteslebens als Grundriss einer Philosophie des Denkens.** Von Prof. Dr. Berthold Kern, Generalarzt. Zweite völlig neubearbeitete Auflage. Berlin, 1907. Verlag von August Hirschwald. 434 lap.

Az érdekes munka czélja, hogy az ember lelki és szellemi világát a bölcsélet és természettudomány határterületén vizsgálja mind a két tudományok módszerével. A szerző a természeti és szellemi jelenségeket gondolkozásbeli folyamatokra akarja feloldani, az akarat szabadság helyébe a gondolat szabadságot teszi és a szabad és egységes gondolkozásra etikát épít. A lélek-problema és vizsgálásmódjai című fejezet a természettudományt a megfigyelésre, a bölcséletet a gondolkozásra utalja. A gondolkozás dolgozza át a megfigyelés elemeit. A megismerés alapja és mibenléte cím alatt a szerző Kant megismeréskritikáját ismerteti és további fejtegetéseiben belőle indul ki, de a „Ding an sich“ nem elégti ki. Nagyon jól van tárgyalva az akarat függése az érzelmtől, különösen az érzésszinezetnek erre való hatásáról. A mű egyik főszála a lélek és test azonosságának felfogásában van. A kettő ugyanaz más szemüvegen nézve. Ez a psychophysikai parallelismus. Érdekes az érzés (Empfindung), érzelem (Gefühl), akarat, cselekvés összefüggésének magyarázása, bár az érzelmenek a gondolkozásra való hatása el van hanyagolva. A „Ding an sich“ elejtésével elesik a világ magyarázata, mint „Erscheinung“ ellenben a külső világ a megismerésen alapuló gondolkozás szülötte. „A megismerés nem látszat és nem kifürkészhetetlen jelenségek összefüggésének ki nem elégtő felismerése, még kevésbé alanyi okszerűségünknek kielégítése, a megismerés abszolút igazságot nyújt.“ Öröndetes, hogy orvos alapos tájékozottsággal foglalkozik ilyen bölcséleti kérdésekkel. A szerző, a ki kritikai idealistának vallja magát, könyvében sok megszívlelni valót nyújt, bár a materialismusra, haragszik. Elvégre ma már azzal is nagyon meg kell elégedve lennünk, hogy a



bölesész elfogadja és bizonyítja, hogy a világ csakugyan létezik. Mert ez a tény már is valószínűtlennek látszott sokak szemében.

Kollarits Jenő dr.

## Lapszemle.

### Gyógyszertan.

Az újabb gyógyszerek és titkos szerek 14. sorozatában Zernik dr. a következőket ismerteti.

1. Az *atoxyl*, a mely az álomkór és a syphilis gyógyításában jelenleg oly nagy szerepet visz, az előállításával foglalkozó gyár szerint metaarsensavanilid. Ehrlich és Bertheim azonban kimutatta, hogy az *atoxyl* natriumot is tartalmaz, a mennyiben a p-amidophenylarsinsav natriumsója. Igazán feltűnő, hogy egy annyira nem közömbös és épséggel nem veszélytelen szer összetételéről még mindig helytelen adatok vannak forgalomban. Kiemelendő az is, hogy a p-amidophenylarsinsavas natrium nagyon változó számú (2—6) molekula vízzel kristályosodik; minthogy pedig a kristályvíztartalom ingadozása természetesen erősen befolyásolja a relativ arséntartalmat, sürgősen kellene intézkedni, hogy csak állandóan egyforma mennyiségű kristályvizet tartalmazó *atoxyl* kerüljön a forgalomba.

2. Az *albukola* nevű, főleg nőknek való tápszer 35 rész ferrum carbonicum saccharatumból, 15 rész calcium phosphoricumból, 25 rész arrow-rootból, fehérjéből és lecithinből áll; lecithintartalma körülbelül 80%. Túlságosan drága volta miatt a hatásokok óvást adtak ki ellene.

3. A *levathin* nevű soványítószer 75% tartarus depuratus, 15% tartarus natronatus és 10% nádcukrot tartalmazó elegyből készült pasztillákból áll.

4. A *visnervin* nevű, idegbajellenes szer buzalisztet, cukrot, vaniliát és fehérjeanyagokat tartalmazó, csokoládéval bevont pasztillákból áll. A karlsruhei városi egészségügyi tanács mint teljesen értéktelen szer ellen óvást adott ki ellene.

5. *Renascin* elnevezéssel egy berlini cég új „vértisztító” szert hozott forgalomba. Ez a szer „a vért az oxygen fölvevására fogékonyabbá teszi s a mérgező húgsavat kiűzi”. A világosbarna tabletták a kalium, natrium, magnesium, calcium és mangan chloridjait, phosphatjait és sulfatjait tartalmazzák, ezenkívül vas- és manganfőérje, tejcukor és nagyon kevés lecithin is van bennük.

6. A *stomagen* az előállítója szerint megszünteti a gyomorgyengeséget; pepsin, tejcukor, cortex condurango, rhiz. zingiberis és kevés cortex angosturae mellett 5% bismuthum subnitricumot tartalmaz.

7. A *Rays-féle nervol* univerzális szer idegbajokban! Indifferens növényi anyagoknak és valerianának kivonata, a mely konzerválás céljából 3% alkoholt és glycerint tartalmaz; van benne továbbá 6% bromkalium.

8. A *Rays-féle bél- és májpulák* aloét és kevés natronszappant tartalmaznak.

9. *Pfeffermann-féle szénsavborogatás (tibin-kataplasmá)*. Ideges fejfájás, hemicrania, neuralgia stb. ellen használ. Egyesíti a szappanflastrom, a menthol és a szénsavas fürdő hatását. Áll a következőkből: a) 30 rész szénsavas natriumot, 15 rész szénsavas magnesiát, 10 rész natronszappant, 5 rész mentholt és 40 rész vizet tartalmazó pasztából, mely kétfoknyi vastagságban kenendő a fájdalmas helyre; b) borkősavval impraegnált fehér lintből; c) Billroth-battisztból. A lintet a Billroth-battisztra téve, 2 kávéskanálnyi meleg vízzel megnedvesítjük s ráhelyezzük a pasztával bekent területre. A borogatást rövid időközökben (percenként) ide s tova tologatjuk, a mivel „elősegítjük a szénsavhatást”. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 7. sz.)

### Belorvostan.

A phosphaturia miatt keletkező vesekövek prophylaxisáról értekezvén G. Klemperer, aetiologiailag osztályozza a különböző phosphatúriákat, s causalis prophylaxist igyekszik megállapítani. Akármilyen vesekőképződéssel legyen dolgunk, első teendőnk a csapadékok kimosása bő folyadékfelvétel elrendelésével (6-szor napjában 250—300 cm<sup>3</sup>). Ha ezenkívül uraturia esetén főképen

növényi diatétát és natriumhydrocarbonatot, oxalaturiaiban főképen hústáplálékot és magnesiumsókat rendelünk, akkor az oxalat és uratvesekövek keletkezését többnyire megakadályozhatjuk. Azonban a phosphaturia prophylaxisa nem ilyen eredményes: alkalizáló tápláléktól (növényi) tartózkodás, húsdiaeta, savak rendelése a vizelet gyakran továbbra is zavaros marad, a kö sokszor növekszik, gyakran operálni kell, vagy a műtét után recidiva mutatkozik.

Phosphatúriáról akkor szólnunk, ha a frissen ürített vizeletben phosphatesapadék van, a mely sav hozzáadására oldódik.

A szerző két nagyobb csoportra osztja fel a phosphatúriát: bakteriumos és asepsises phosphatúriára. Mindkét esetben alkaliás a vizelet.

*Bakteriumos phosphatúriával* van dolgunk, ha a húgyanyag-nak bakteriumok által előidézett bomlása CO<sub>2</sub>-ra és NH<sub>3</sub>-ra okozza a phosphatoknak MgNH<sub>4</sub>PO<sub>4</sub> alakjában való kicsapódását, a mi megtörténik prostatitis, cystitis és pyelitis esetén, a mely betegségekben annál is inkább képződhetnek kövek, mert gyakran vizelet pangással vannak egybekötve. A bakteriumok másodlagos úton, a kö előidézte gyulladás miatt létrejött fertőzés folytán is juthatnak a vizeletbe, a mikor szintén a bakteriumos phosphaturia képe alakul ki. A phosphatvizelés ez alakja leggyakrabban terhes nők pyelitisével kapcsolatban fordul elő. A kiválasztott Ca és phosphorsav mennyisége e betegségben nem tér el a rendestől. Prophylaxisa az alapbántalom orvoslása: húgyesőszűkítetek tágitása, prostataphytrophia esetén rendszeres katheterezés vagy operatív beavatkozás (a mely nem mindig eredményes); elsődleges makacs hólyaghurut esetén gondoljunk daganatra vagy gümőkőrra; cystitis, pyelitis esetén tabesre s ezeknek megfelelően orvosoljuk a beteget. Elsődleges pyelitisben a hygienés-diaetás eljárás (sok folyadék), heves láz esetén a műtét indikált (nephrektomia). Egyébként csak akkor operáljunk pyelonephritis miatt, ha e mellett vesekő is van. Ha a bántalom kétoldali, természetesen nincs értelme a műtétnek. A vizeletet fertőtlenítő gyógyszerek közül legjobb az urotropin.

Az asepsises phosphatúriát két osztályra osztja: a) A phosphatok kiválasztás a vizelet megváltozott kémhatása okozza NH<sub>3</sub> jelenléte nélkül. Ez megtörténik akkor, ha a vizelet savanyú kémhatását alkaliák lecsökkentik. Orvosság gyanánt adott alkaliák (natrium bicarbonat, alkaliás vizek stb.) bevétele után „gyógyszeres phosphaturia” fejlődhetik. Alimentáris phosphatvizelésről szólhatunk akkor, ha a táplálékkal bejutott növényi savak elégségsből keletkezett carbonatok teszik lúgossá a vizeletet. A phosphatok kicsapódnak akkor is, ha a rendesnél kisebb savmennyiség jut a vizeletbe. A gyomor sósavának az emésztés alatt való visszatartása physiologiás gastrogen phosphatúriát idéz elő. Az eddig említett phosphatúriák közül talán csak a következetes vegetarianusoké lehet vesekőképződésnek az okozója, ha hiányos folyadékfelvétellel van egybekötve. Prophylaxisa természetesen a diaeta megváltoztatásában áll. Kóros lesz a gastrogen phosphaturia, ha a sósavnak hosszas visszatartása miatt hosszabb ideig marad lúgos a vizelet, a mi előfordul a hypersecretio és hyperaciditás azon eseteiben, a melyekben a pylorus görese miatt nagyon későn jut a gyomortartalom a bélbe, s így csak későn szívódik fel. A vizelet mérszartalma e bajban is megfelel a rendesnek. Minthogy az említett gyomorbántalmak rendesen általános idegességnek a részjelenségei, a vesekőképződés prophylaxisa ezen esetekben első sorban a neurastheniának okszerű kezelésében fog állani, másodsorban pedig a diatétát kell rendeznünk, vegyes, só- és fűszerszegény, jól összeaprított táplálék rendelésével; a beteg óvakodjék a gyomornak étellel vagy itallal való túlterhelésétől. Sósav, alkaliák adása káros. Italul tiszta vagy szénsavval telített vizet adjunk, a mely fokozza a vizelet savanyúságát.

b) Az asepsises phosphaturia egyes eseteiben fokozott a Ca-kiválasztás, minek következménye az, hogy nagyobb mennyiségben képződik mézphosphat, a melyet a vizelet nem tud oldatban tartani (calciuria). A frissen ürített vizelet alkaliás, állás közben szírvány színben játszó réteggel vonódik be, mézphosphatból és carbonatból álló csapadékot tartalmaz, a melynek mennyiségére az idegrendszer állapota elég jelentékeny befolyással bír, a mennyiben bánat és gond növeli a mennyiségét. Minthogy a calciuriában, hasonlóan a gastrogen phosphatúriához, az ideges és gyomorpanaszokban állanak a subjectiv tünetek, a vizelet visel-



kedése pedig nem jellemző, a kórjelzést csak az objectív vizsgálat, a vizelet mézsttartalmának meghatározása alapján ejthetjük meg. A fokozott mézskiválasztás oka lehetne a vér Ca-tartalmának fokozódása. Ez azonban aligha jöhet szóba, mert állatkísérletek tanulsága szerint a méznek legnagyobb részét (90%) nem a vese, hanem a bél választja ki. A fokozott mézskiválasztás előidézője lehetne azután a Ca-kiválasztás csökkenése a bélben, vagy növekedése a vesében. Az első nézetet nem tarthatjuk igaznak azért, mert ilyen esetekben még a legfinomabb eszközökkel sem sikerül a bél nyálkahártyájának megbetegedését kimutatni. Nem marad más hátra, mint a vesének a mézshez való fokozódott rokonságát (calciotropia) felvenni, a minnek megvan a biológiai alapja: elhalt vesehámsejtek (anaemiás nekrosis, sublimat és oxalsavmérgezés) magukhoz ragadják a meszet, sublimattal mérgezett állat (Klemperer F. vizsgálatai) a rendesnél több meszet választ ki.

Vannak tehát mérgezések, a melyek oly kémiai elváltozásokat idéznek elő a vesehámsejtekben, hogy a mézshez való rokonságuk növekszik. Lehet, hogy a calciuriás phosphatvizelés előidézésében szintén mérges anyagok szerepelnek, de lehet az is, hogy az idegrendszernek, talán a veseidegeknek van itt valami szerepük. A phosphaturia ezen alakjának lektüzdésére két mód kínálkozik: 1. A vér mézsttartalmát lezorítani annyira, hogy phosphatvizelés akkor se történjék, ha a vese a lehető legtöbb meszet ragadja is magához. 2. Csökkenteni a vesének Ca-kiválasztóképességét. A mi az elsőt illeti, a kísérletek (Tobler, G. Klemperer) azt mutatták, hogy megszűnik a betegek phosphatúriája, ha a 24 óra alatt felvett táplálék 0.5 gm. Ca-nál többet nem tartalmaz. Ha azonban a mézsttartalom 1 gm.-hoz közeledik, újra mutatkozik phosphatvizelés. Ez a módszer nem alkalmazható a gyakorlatban, egyrészt mert egyoldalúvá teszi a táplálást, másrészt mert a csont- és idegrendszer megkárosítása nélkül nem lehet hosszabb ideig megvonni a meszet a szervezettől. De használható a Ca-szegény diéta kórjelzési célokra, mert a phosphaturia többi alakjában nem tisztul ilyenkor a vizelet. A második módot illetően a szerzőnek biológiai analógiák alapján az a gondolata támadt, hogy az oxalsav és kéneső, a melyek nagy adagban a vesehám mézszavítását fokozzák, kisebb adagban talán csökkentik. A kísérletek az okoskodás helyességét bizonyították. Egészséges emberben s más phosphatúriában szenvedő betegekben napi 0.3 gm. oxalsav nem volt semmi befolyással a mézskiválasztásra, míg a calciuriás betegek mézskiválasztását jelentékenyen csökkentette. Hasonló eredményt látott a szerző egy kísérletben napi 1.5 mg. HgCl<sub>2</sub> adása után. Minthogy még nincs elegendő ez irányban végzett vizsgálat, még nem ajánlja ezen orvoslásmódot mint feltétlenül megbízhatót, de felhív az ez úton való kísérletezésre, megjegyezvén, hogy az oxalsav annyiban is beválnék a gyakorlatban, mert napi 0.3 gm. a gyomorra, anyagforgalomra s a vesére káros hatással nincs. Nem szabad elhanyagolnunk ezen esetekben sem az idegrendszer orvoslását, minthogy a baj alapja nyilván benne keresendő.

A szerző megemlékezik még a húgyivarszervek bántalmiban szenvedők asepsises, szervi vagy funkciós természetű phosphatúriájáról, a melyet rendszeren sexualis phosphatúriának neveznek. Ő ilyen esetekben vagy alimentáris, vagy gastrogen phosphatúriát talált, de az a meggyőződése, hogy calciuria is előfordulhat, mert a húgyivarszervek bántalmi nagyon sokszor idézik elő az idegrendszer túlérzékenységét. (Die Therapie der Gegenwart, 1908. 1. füzet.)

### Sebészet.

**Patkó- és egyoldali hosszú veséken végzett műtéteiről** számol be *Israel* (Berlin). Tudvalevőleg a patkóvese az összes boncolásoknak alig 1%-jében található (Morris statisztikája), még ritkább az egyoldali hosszú vese. *Israel* 800 veseműtete közt 7 esetben észlelt ilyen rendellenességet (0.8%), ezek közül 5 esetben patkóvese, 2 esetben egyoldali hosszú vese szerepelt. Ezen számbeli különbség a boncolás és műteti lelet közt abban rejlik, hogy ilyen rendellenesen fejlett vese gyakran megbetegszik, főleg az ifjú években. Patkóvese esetén vagy az egész vese, vagy csak a fele median és mélyebben fekszik, mint a normális

vese. Éles határ a két vese közt ritkán található. A vese-medence rendszeren a patkó homorulatában, ritkábban az elülső felszínen fekszik. Az ureter az elülső felszínen fut le. Biztos diagnózis csakis tapintással nyerhető. Az ureter lefutásának radiographiás ábrázolása egyoldali hosszú vese esetén útbaigazíthat. Velemely vesedaganat vagy vesekő feltűnően median elhelyezéséből csak akkor következtethetünk patkóvesére, ha kizárható, hogy a vese dislokálva van. Patkóvesét a műtét közben arról ismerünk fel, hogy az ureter a vese elülső felszínén fut. Bár a patkóvese feltárható egyetlen jobb- vagy baloldali extraperitoneális ferde metszésből is, mégis a műtetre legezészerűbb kétoldali lumboabdominalis metszést végezni. Egyoldali hosszú vese feltárására elegendő egy hosszú ferde lumboabdominális metszés. A vérrendszer nem határozott elrendeződése miatt célszerűbb a vértelen operálás szempontjából a pyelotomia, mint a nephrotomia. Egyik vesefél resectioja után a seb drainezendő, mert az átmetszés helyéről egy ideig vizelet szivároghat. *Israel* 7 ilyen anomalia miatt 12 műtétet végzett. A 7 anomalia vonatkozott a következő esetekre: 1. Patkóvese egyik felében gümös hydronephrosis. Nephrotomia. Gyógyulás fistulával; később másodlagos nephrotomia; gyógyulás. 2. Egyik patkóvesefél zárt hydronephrosis. Nephrektomia; gyógyulás. 3. Egyik patkóvesefél intermittáló hydronephrosis. Gyógyulás sipolylyal. 6 évvel később vesekiirtás. Gyógyulás. 4. Patkóvese mindkét felében köképződés. Előbb jobboldali, majd baloldali pyelolithotomia. Gyógyulás. 6 évvel később baloldali nephrolithotomia recidiva miatt. Gyógyulás. (Hasonló eset a magyar irodalomban *Winternitz* esete, a melyben patkóvese esetén jobboldalt nephropyelotomia után másodlagos nephrektomia, majd később baloldalt nephrotomia történt gyógyulással. Ref.) 5. Patkóvese egyik felének tuberculosisa. Nephrektomia. Gyógyulás sipolylyal. 6. Egyoldali hosszú vese chronikus nephritise. Mindkét vesefél decapsulatioja. Operatív gyógyulás. 7. Egyoldali hosszú vesében kö. Nephrolithotomia. Gyógyulás.

Tehát 7 betegen 11 műtét történt: 2 nephrotomia, 2 elsődleges vesekiirtás, 2 másodlagos vesekiirtás, 2 pyelolithotomia, 2 nephrolithotomia, 2 decapsulatio. Legutóbb még egy műtétet végzett *Israel*, melyben nem volt az összenövés miatt eldönthető, vajjon patkó-, vagy hosszú vese van-e jelen. Ez esetben calculosis forgott fenn az összeforrt vesében, a bal ureterben is volt kö. Itt ureterolithotomia és nephrolithotomia történt gyógyulással. Tehát *Israel*nek valamennyi 8 esetében sikerült gyógyulást elérnie. (Folia Urologica, 1908. I. k. 6. f.) *Steiner Pál* dr.

A **kézfertőtlenítés** kérdéséhez szól *Schumburg* tanár. A szokásos mosakodás forró víz, szappan és kefe segítségével csak egy töredékét távolítja el a bakteriumoknak; hátránya az is, hogy kis bőrrepedéseket és sérüléseket okoz, a melyek kitűnő tenyészhelyei a kórokozó mikrobáknak. Tapasztalata szerint legjobb 1/2% légenysavat vagy 1% formalint tartalmazó alkoholba mártott vattagomolyokkal végezni a kéz megtisztítását, a mi legfeljebb 3 percet vesz igénybe. Ha utána a biztonság okáért még valami fertőtlenítő szert akarunk használni: a 10% os hydrogensuperoxyd mindenesetre előnyben részesítendő a sublimat-oldattal szemben, mert jobban kiméli a bőrt. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 8. szám.)

### Bőrkórtan.

A **quarzlámpás-kezeléssel** tett eddigi tapasztalatokról számol be *Kromayer* (Berlin). Alig két esztendeje, hogy a szerző lámpáját javasolta, és a fénykezelésnek ezen ága már is nagy irodalmi adathalmazt teremtett. A kísérletek a quarzlámpával mindenütt megindultak, úgy hogy ma már bizonyos ítélet is mondható a kezeléssel. A quarzlámpa fényének először is nagymértékű felszínes hatása minden oldalról beigazoltatott. E hatás oly intenzív, hogy olykor nekrosisokra vezet. Ezek jobbra elkerülhetők, ha a felszínes hatást okozó ultraibolya sugarak nagy részét absorbeáljuk. Ez úgy érhető el, hogy a lámpában keringő folyadékhoz methylenkékoldatot adunk. A higanylámpa fénye ez által főleg oly sugarakat tartalmaz, melyek relative nagyobb áthatoló képességgel bírnak. A sugaraknak hasonló kiválasztása az úgynevezett „ultraviola“ üvegkoronggal is elérhető. A lámpának a bőr mélyébe való hatásáról a nézetek még



igen elágazók. Míg egyesek (pl. Johanessen) nézete szerint a Finsen-lámpának erősebb a mélybe való hatása, mint a kvarz-lámpáé, addig mások és a szerző épen az ellenkezőt, tehát a kvarzlámpának nagyobb penetráló képességét állítják. Ennek a kérdésnek főleg a lupus therapiájában van nagyobb jelentősége. A kvarzlámpának rendes alakú, nagy ablaka miatt a fénykezelésnek ez a módja nem volt használható minden testrészen. Kisebb kvarzpálcák, melyek alkalmas módon a lámpa ablakára illeszthetők, újabban lehetségessé teszik, hogy a phototerapia elrejtettebb testrészeken vagy üregekben is alkalmazható. A kvarzlámpakezelés javait újabbak nagyon kibővítették, a mennyiben a legtöbb bőrbaj ellen megkísérlették. A szerző főleg 3 betegségre tereli a figyelmet, ezek: a lupus vulgaris, teleangiectasiák és az alopecia areata. A lupus vulgaris ellen igen nagy sikerrel használható, sőt a szerző tapasztalása szerint sokszor jobb a kvarzlámpával való kezelés, mint a Finsen-készülékekkel való gyógyítás. Teleangiectasiák ellenében a kvarzlámpa a szerző szerint csaknem specifikus hatást fejt ki. A gyógyulásra hajlamos alopecia areata-esetek kezelésében tudvalevően sokat segíthet a fény okozta reactio. Ily fénygyulladásnak támasztásához kétségtelenül a legalkalmasabb és legkényelmesebb módszer a kvarzlámpás kezelés, melynek e tekintetben semmiféle speciális hatást sem kell tulajdonítani. (Monatshefte f. praktische Dermatologie, 1908. 46. k. 1. f.) *Guszman.*

A paraffinprothesisek histopathológiájához nyújt adatokat *Sakurana* (Osaka, Japán). Jóllehet a *Gersuny* által a therapiába bevezetett paraffinprothesisek ma már meglehetősen használatosak, sorsuk a szervezetben még nem ismeretes teljes mértékben. A kérdést kísérletes úton már többen tanulmányozták. *Juckuff* kísérletei azt mutatták, hogy a szövetekbe fecskendezett paraffin nem marad egy helyen, hanem súlya irányában vándorol és el is tűnik. A lassú, legalább részben felszívódást *Hertel*, *Comstock*, *Kirschner* és mások is állították. Szerintük az alacsonyabb oldásponttal bíró paraffinba kötőszöveti sejtek nyomulnak, melyek azt lassan felosztják és úgyzólván substituálják. A szerző a kérdést szintén állatkísérletekkel igyekezett megoldani. 45<sup>o</sup>-os paraffinból 2—5 gm.-os golyócskákat formált s ezeket az állatok hasüregébe helyezte. Különböző idő múlva azután kivette és megvizsgálta a paraffingolyócskákat. Kísérletei arra az eredményre vezettek, hogy a golyócskák súlya csaknem kivétel nélkül változatlan maradt a testben való vesztegelésük folyamán. Fehérvérsejt-kivándorlást néha megindít a paraffin, ezt azon esetek mutatják, ahol a golyócska kissé érdes felszínűvé vált. Ilyenkor kevés rostanyag is volt a golyó felszínén. A leukocytáknak phagocytás hatása azonban sohasem volt megállapítható s így a szerző valószínűnek tartja, hogy a paraffin — legalább nagyjában — teljesen változatlanul megmarad a szervezetben. Lehetségesnek tartja azonban, hogy a paraffinnak kis részecskéi olykor a szövet- és nyirokerek útján helyüket változtatják, vagy emboliák alakjában tovább vitetnek. Az azonban bizonyos, hogy a befecskendezett paraffin, főleg izomhatás folytán, alakját változtathatja. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis, 88. k. 2—3. f.) *Guszman.*

A tabesekesek pruritusáról közli tapasztalatait *Milian*. 25 olyan beteg közül, a kinek pruritusa volt dermatológiai ok nélkül, 6-on tudott tabest megállapítani. Csaknem mindig a tabesnek esőkevényes, illetőleg kezdődő alakjairól volt szó. A tabesekes pruritusa előszeretettel a halántéktájon, a szem körül, a mellkasnak elülső részén s az ágyéktájon székel, rendkívül makacs, hónapokig sőt évekig tart s főleg éjjelenként jelentkező, rohamszerű súlyosbódásra hajlamos; néha zsiger-krisisekkel esik egybe. Igen jó palliatív szer gyanánt a lumbal punctiót ajánlja a szerző. (Ref. Medizinische Klinik, 1908. 7. szám.)

#### Venereás bántalmak.

Új kénésőinhalációs kúra syphilis ellen. Ismeretes, hogy a kenőkúra alkalmával a kénésőnek legnagyobb része a respirációs levegővel a tüdők útján jut a szervezetbe. E ténynek megfelelően különböző inhalációs kezelésmódokat gondoltak ki. Kénésővel impraegnált kötényt, zacskót s más egyebet viseltettek a lueses betegekkel, hogy kikerüljék a régi és bevált kenőkúrát. Újabban pedig *Thalmann* az orrba dugott kénésővel végeztette

az antilueses kezelést s ezt rendkívül ajánlotta. Elég közel áll ehhez *Kromayer* dr.-nak új inhalációs kúrája. „Merkalator” ezímen ökölnyi maszkot készítettett a hamburgi Beiersdorf-féle gyárral s e dróthálóból és kénésővel impraegnált mullból készült maszkkal ajánlja végezni az antilueses kezelést. Egy egy maszk 8 gm. kénésőt tartalmaz és rendes kúránál az egész éjszakán keresztül viselendő. Gyér kísérletei, valamint klinikai megfigyelései azt bizonyítják, hogy e kezeléssel elég bőséges kénéső jut a szervezetbe, s hogy így a hatás nagyon is kielégítő. A szerző kijelentése szerint a kezelésnek semmiféle hátránya sincsen, igen egyszerű és tiszta, de kénytelen megjegyezni azt is, hogy az álom az első napokban nem valami nagyon üdítő. A maszkkal felszerelt betegek nyugtalanul alszanak, s néha fejfájásról, bódultságról panaszkodnak. A kénésős maszkok hatása sem lehet egyenletes, mert a kénéső párolgása következtében hamar kimerülnek. *Kromayer* tapasztalata szerint egy-egy teljes antilueses kúrához 3—4 maszkra van szükség, 10 naponként változtatva őket. (Berlin. klinische Wochenschrift, 1908. 8. sz.) *Guszman.*

A prostituáltak syphiliséről irt klinikai tanulmányt *Jan Papée* (Lemberg), a ki vizsgálatait és megfigyeléseit Lemberg városának felügyelet alatt álló összes prostituáltjain végezte. Ezek a megfigyelések a következő vizsgálati eredményre vezettek: A prostituáltaknak legnagyobb része, a mi számokban kifejezve 80—85%-nak felel meg, foglalkozása közben előbb-utóbb syphilist szerez. A syphilissel fertőzött prostituált nők közül 46%-ban voltak olyanok, kik korai tüneteket mutattak (pl. condylomata lata). Feltűnő, hogy e korai tünetekben szenvedő nőknek mintegy egy harmadában a lueses infectio 3 évnél régebbi volt. A syphilis prostituált nőknek körülbelül 30%-a a betegségnek első három évén belül állott, tehát oly időszakban, a mikor a lueses egyén leginkább tekinthető közveszélyesnek. A lueses fertőzött nők 31%-ában 3½ év óta semmiféle syphilises tünet nem volt megállapítható. Ezen utóbbi csoportban 17%-ban 3½ év óta egyáltalán semminemű venereás betegség sem fordult elő. Kiderült továbbá, hogy a lueses prostituáltaknak 25%-ában a nők a betegséget megszerezték, még mielőtt rendőri felügyelet alá kerültek. A lueses prostituált nőknek mintegy fele (56%) foglalkozásának első két évében szerezte a syphilist. A mi a korai syphilises tüneteket mutató (1—3 év között) leányok korát illeti, meg volt állapítható, hogy 37%-ban 20 éven aluliak voltak, 42%-ban pedig a 20—25. életévben állottak. Végül megállapította a szerző, hogy a regisztrált, tehát állandó felügyelet alatt álló prostituált nők közül a syphilis-esetek csak csekély mértékben származtak túl azon lueses esetek számát, mely az alkalmilag vizsgálat alá kerülő, de nem regisztrált leányok között volt kimutatható. (Arch. f. Dermatologie u. Syphilis, 89. k., 1. f.) *Guszman.*

#### Kisebb közlemények az orvostudományról.

Pneumonia után a késlekedő oldódás elősegítésére *Croftan* jó eredménnyel használta a fibrolysin intramusculáris befecskendezés alakjában. Esetet közöl, a melyben ismétlődő pneumonia után 10 hét alatt sem következett be az oldódás, úgy hogy tartani lehetett tőle, hogy a beteg egész tüdőlebeny fibrosussá válik. Naponként végzett összesen 18 fibrolysin-befecskendezésre teljes oldódás következett be. (British med. journal, 1907 november 2.)

A subcutan levegőbefecskendezéssel, a melyet francia szerzők ajánlottak először néhány évvel ezelőtt, *Loewenthal* (Braunschweig) jó eredményeket ért el főleg ischias és coccygodynia eseteiben. Az eljárás fájdalomtalan, a befecskendezett levegő 3—8 nap alatt szívódik fel. A technika egyszerű: Pravafecskendő kanüljét steril vattát tartalmazó üvegeső közbeiktatásával összekötjük gummifujtatóval. (Medizinische Klinik, 1908. 4. szám.)

A furunculus abortív gyógyítására *Pouchet* a következő flastrom használatát ajánlja: Rp. Acidi salicylici pulverisati, Empl. saponati aa 5'0; Empl. diachyli 10'0. (Journ. méd. de Paris, 1907. 31. szám.)



## Magyar orvosi irodalom.

**Magyar orvosi archívum**, 1908. 1. füzet. *Alderhalden, Körösy és London*: 1. A fehérjék emésztése a kutya gyomor-bélsatornájában. 2. Dipeptidek emésztése a kutya gyomor-bélsatornájában. *Elischer Gyula és Engel Károly*: A leukaemia, pseudoleukaemia és mediastinalis tumor Röntgen-kezeléséről. *Kabdebó Gy.*: Adatok az apotropin farmakológiai hatásához. *Hári Pál*: Vizsgálatok a pepsinémzés reakcióhőjéről.

**Gyógyászat**, 1908. 10. szám. *Stein Fülöp*: Az alkoholisták sanatoriumi kezelése. *Porosz Mór*: A syphilis gyógyítása enesol-injectiókkal.

**Orvosok lapja**, 1908. 10. szám. *Moskovitz Ignác*: Az egyoldali hangszalaglob kórtani jelentősége. *Jankura Iván*: Agyvérzés.

**Budapesti orvosi ujság**, 1908. 10. szám. *Ausztroveril László*: A nemi betegségek gyógyításáról. „Szemészeti lapok” melléklet, 1. szám. *Goldzieher Vilmos*: A cyclodialysis megítéléséhez. *Vidék Richard*: 1. A cyclitistéről. 2. Amaurosis a terhesség tartama alatt. *Borbély László*: A trachoma a es. és kir. hadseregben 1905 ben.

## Vegyes hírek.

**Kinevezés**. *Kádár Antal* dr. kinestári főorvost Nagybanján az államvasutak igazgatósága egészségügyi tanácsosa nevezte ki. — *Tomor Ernő* dr.-t alorvossá nevezték ki a mohácsi László-kórházhoz.

**Választás**. *Kemény Lajos* dr.-t Nemesliten községi orvossá, *Bolfa Gerő* dr.-t pedig Vledényben körorvossá választották.

**Árkövy József** dr. egyetemi tanár levelezési zavarok elkerülése végett értesíti a kartársakat, hogy magángyakorlatát március 7-étől kezdve megszüntette és betegeinek folytatódó kezelését *Hattyassz Lajos* egyetemi magántanár volt szíves elvállalni. Consiliumba szólító levelek egyelőre még IV., Váci-utca 65. sz. alá, augusztustól kezdve az új stomatológiai klinikára, VIII., Mária-utca, címzendők.

A zempléni vármegyei orvos-gyógyszerész segélyezőegyesület március 1-én tartotta évi rendes közgyűlését. Az egyesületnek jelenleg 71 tagja van; vagyona 59,957 korona 50 fillér. Az 1908. évben segélyre jogosult 13 özvegy, mindegyikükre 170 korona jut.

A budapesti egyetem I. sz. női klinikáján február hónapban 155 szülés folyt le (először szülő 66, többször szülő 89). A született magzatok száma 157 volt, még pedig élő 137, halott 14, macerált 6; érett 123, kora 17 éretlen 17; fiú 73, leány 74, kérdéses nemű 10; törvényes 68, törvénytelen 89. A terhesek, szülönők és gyermekágyasok között haláleset nem fordult elő. A nőbeteg-osztályon 63 beteget ápoltak, a kik közül 2 halt meg. A klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyt 87 esetben vették igénybe; a műtétek száma 65 volt.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya február havában összesen 78 esetben teljesített szolgálatot.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete pénztárababe fizetnek 4—4 koronát: *Geisinger Henrik*, *Hercz Mór*, *Feles Adolf*, *Friedmann Adolf*, *Székely Ádám*, *Szirtess Alajos*, *Szerb Zsigmond*, *Schiff Kálmán*, *Macsik Károly*, *Petz Lajos*, *Kohn Armin*, *Kellner Mór*, *Barabás Arnold*, *Berger József*, *Gonda Péter*, *Kádár Antal*, *Zátonyi József*, *Szaszovszky László*, *Herczeg (Herczföld) Lajos*, *Demkó Béla*, *Feleki Sándor*, *Bayer Sándor*, *Janovits Sándor*, *Péchy János*, *Laky Árpád*, *Unterberg Adolf*, *Wagner György*, *Vass Sándor*, *Braun Gyula*, *Korin Adolf*, *Révész Gyula*, *Prajzák K. Adolf*, *Bókay Árpád*, *Dzián Kálmán*, *Fülöp Jakab*, *Czoniczér Márton*, *Füster Zsigmond*, *Selley József*, *Rónay Gusztáv*, *Frenreisz Ferencz*, *Geier József*, *Klein Eberhardt*, *Zohler Emil*, *Toth Lajos*, *Hirtenstein Leó*, *Kincs Miksa*, *Herezegh Arnold*, *Nádas Lipót*, *Lichtmann Samu*, *Mann Mór*, *Surányi Miklós*, *Planer József*, *Fábián Béla*, *Baumhorn Armin*, *Offner Oszkár*, *Cserháti Mór*, *Rainer Mór*, *Rosenberg Jenő*, *Groák Ernő*, *Adler Alajos*, *Reichenfeld Márk*, *Fejes Gyula*, *Csillag Jakab*, *Neuvirth Gusztáv*, *Mayer Árpád*, *Kelemen Dávid*, *Lenkey Vilmos*, *Mátray Gábor*, *Minich Károly*, *Zólyomi Adolf*, *Weisz Ferencz*, *Weissmann Samu*, *Wein Jakab*, *Seliga János*, *Sputz Gyula*, *Szász Hugó*, *Schvarecz József*, *Becher Áron*, *Friedländer Simon*, *Paczka László*, *Fried Samu*, *Nagy Albert*, *Gadányi Lipót*, *Dach Sándor*, *Engel Gusztáv*, *Keményffy Gyula*, *Dévai Mór*, *Királyfy Armin*, *Vikányi Béla*, *Wahrmann Simon*, *Sági Lajos*, *Huszár Gyula*, *Nuszer Lajos*, *Raisz Mór*, *Szkipán Ambrus*, *Kotnes János*, *Neumann Miksa*, *Baum Ignác*, *Zirkelbach Antal*, *Révész Vilmos*, *Stern Ignác*, *Spitzer Armin*, *Welvarth Simon*, *Walkó Rezső*, *Ulrik Gyula*, *Deutsch Ignác*, *Antal Illés*, *Darvas Sándor*, *Kerekes Ödön*, *Dumitriau Ágost*, *Chayzer Béla*, *Epstein Manó*, *Sándor Péter*, *Perényi István*, *Androvits Sándor*, *Auron Sándor*, *Arday Károly*, *Bernhardt János*, *Berényi Gyula*, *Berkovits Jakab*, *Borbély László*, *Berkovits Miklós*, *Disda Sándor*, *Dörner Béla*, *Drechsler Miksa*, *Ertl János*, *Engel Ignác*. (1907—8) fizettek 8—8 koronát: *Hincz Henrik*, *Kiczka Emil*, *Rein Gedeon*, *Hercz Oszkár*, *Löwensohn Mór*, *Radó Adolf*, *Steinhardt Sándor*. (1906—7) fizettek: *Dembitz Vilmos*, *Kurczveil Hugó*, *Rothmann Elemér*. 12 koronát fizettek (1906—8): *Révész Zsigmond*, *Gara Dávid*, *Rosenfeld Zsigmond*. (1908—10): *Laurovich János*, *Daminger Ádám*. (1905—7) 6 koronát fizetett: *Horváth Leó*. 16 koronát fizetett: *Nei József* (1903—6). *Pálffy Gyula* (1905—8). *Andrássy Ferencz* (1907—10). 20 koronát fizettek: *Hurray István* (1903—7), *Wolheimer József* (1903—8), 5 koronát fizetett: *Polgár Károly*. Budapest, 1908. febr. 15.

*Katona József*, dr., pénztáros.

**Meghaltak**. *Grósz Sándor* dr. budapesti fogorvos. — *R. Harrison* dr., a londoni St. Peter-Hospital sebészfőorvosa, elsőrangú tekintély az urológiai sebészet terén, február 28-án, 70 éves korában. Nevét különösen *Surgical Disorders of the Urinary Organs* című, 1880-ban megjelent művével tette ismertté.

**Kisebb hírek külföldről**. A leeds-i egyetem nőorvostani tan-székét, mely *Wright* tanár halálával üresedett meg, *J. B. Hellier* dr. nyerte el. — A moszkvai bakteriológiai intézet vezetőjévé *Berest-nev* dr.-t nevezték ki. — *Hallopeau* tanárnak, az ismert bőrorvosnak, nyugalmába vonulása alkalmával a tisztelői aranyérmét nyújtották át. Az érmen az ünnepelt arczképe s a következő felirat van: *Primum multos cognovit morbos*. — A *sedjzi egyetemén* a jelen félévben összesen 2093 orvostanhallgató van beiratkozva, a kik közül 587 a svájci és 1506 az idegen, leginkább orosz. Az idegenek legnagyobb része, 1129, nő. Az egyes egyetemeken az orvostanhallgatók száma a következő: Bern 560 (441 idegen), Zürich 494 (304 idegen), Genéve 484 (405 idegen), Lausanne 384 (307 idegen), Basel 171 (49 idegen). — *Koch* tanár legközelebb az Egyesült-Államokba utazik, egy évi tartózkodásra, hogy afrikai expedíciójának a fáradságait kipihenje. Felszólították, hogy *tarson* ott előadásokat, de minden ily ajánlatot visszautasított. — *Dunant H.*, a vöröskereszt-intézmény és a genfi conventio megteremtője, május 4-én üli 80. születésnapját. — *Lossen H. dr.-t*, a heidelbergi ismert sebészt, tiszteletbeli rendes tanárrá nevezték ki. — *Lange H.* (gyermekorvos) és *Riecke E.* (bőr-kórtan) lipcsei docenseket rendkívüli tanárrá nevezték ki. — *Jemna R.*, a gyermekorvos tanár rendkívüli tanára *Palermoban* és *Pellizzi G. B.*, az elmekórtan rendkívüli tanára *Pisában* rendes tanárrá nevezetett ki.

A francia ideg- és elmeorvosok 18. congressusa Dijon-ban lesz augusztus 3-ától 9-éig. Tárgyalni fogják a következő kérdéseket: 1. A belső secretio rendellenességei okozta elmezavarok. 2. A neuralgiák diagnostikája és klinikai alakjai. 3. Az abnormis gyermekekről gondoskodás.

Az ovambok, mint a Bier-kezelés igazi kitalálói. *Wohlgemuth* dr., délafrikai orvos érdekes dolgot közöl a Deutsche medizinische Wochenschrift legutóbbi számában. Előadja, hogy az ovambok, a dél-nyugat-afrikai kolónia egy népfaja, már régóta alkalmaznak a Bier-kezeléshez hasonló therapiát. Bőrgyulladások, sőt mélyebben székelő fájdalom-bajok, pl. neuralgiák esetén úgy járnak el, hogy egy ökörszár végét a csúcsán kifúrják s azután szélesebb részével reáhelyezve a fájdalmas helyre, erősen megszívják s a végét egy már előbb a szájba vett agyagombócczal betapasztják. Az erősen odatapadt szarvat rajtahagyják a seben. Így járnak el a tályogokkal is. A pangási eljárást is ismerik. Fűvekből zsinéget fonnak s azzal körülkötik a beteg tagot, a míg bővére lesz s a zsinéget fél vagy egész napig rajtahagyják, s ha kell, az eljárást meg is ismétlik.

**Helyreigazítás**. A lapunk 8. számában megjelent *Meister Lucius & Brünig*-féle hirdetésben a *Tuberculosis-Diagnosticum „Höchst“* 10/0-os oldata helyett 0/10/0-os oldat olvasandó.

Jelen számunkhoz az *Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation „Borovitin“* című prospektusa van mellékelve.

Mai számunkhoz a *E. Merk* cég „*Jodipin*“ című prospectusa van csatolva.

**Vízgyógyintézet** „*Fasor*“ (Dr. Hercul-féle) sanatoriumban, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villamos fényfürdők, szénasavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László**. 2513

**Reiniger, Gebbert & Schall**

Budapest, VII., Rákóczi-út 19. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

**JUSTUS Dr. bőrbajosokat** gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14.

4327

Fürdők, sugaras gyógyítás, fizikális gyógy-módo-k.

**Orvosi laboratórium**: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika**. (Szövetség-utca 14—16.) Telefon sz. 90—46.

**Kopits Jenő dr.** testgyógyintézetét VIII., Gyöngygyűt-utca 14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

**SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM** az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybeteg, alkoholisták, morfinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágosítással. Prospektus. Sürgöny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota. 4895

**Orvosi laboratórium**: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

**Dr. Gara Géza, Meran.** Sanatorium. Prospektus.

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülönők részére

4153

SANATORIUMA.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**Tartalom.** Budapesti kir. Orvosegyesület. (VIII. rendes tudományos ülés 1908 február 29.-én.) 188. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (VII. rendes ülés 1907 december 13.-án.) 190. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (Ülés 1907 október 29.-én.) 191. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya. (II. szakülés 1908 február 8.-án.) 192. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes tudományos ülés 1908 február 29.-én.)

Elnök: Hirschler Ágoston. Jegyző: Kiss Gyula.

## Acanthosis nigricans.

**Brezovszky Emil:** A 21 éves napszámos jelenlegi bőrelváltozásai állítása szerint 10 éves korában a nyári hónapok alatt a nyakán kezdődtek, előtte teljesen ismeretlen okból. 1908 január hó 10.-én vétette fel magát Róna tanár osztályára a következő állapotban:

A beteg bőre egészben sárgásbarna, helyenként, például a homlokon, icterusos árnyalatú. A nyakon köröskörül gallér alakban, felfelé éles határral, a bőr zsíros, tömött tapintatú, csokoládébarna színű, a papilláris réteg és hám hyperplasiája alkotta tarajszerű kiemelkedésekkel és mély bőrbarázdákkal. Még erősebb hyperplasiás papillákat mélyebb barázdákkal látunk mindkét hónaljárokban.

Az öv tájékán és innen felfelé a háton a tarkóig, a mellen a csecsbimbók magasságáig a bőr sötétbarna színű, merev, száraz tapintatú, finom mozaikszerű rajzolattal. Az elváltozás a hónaljvonalban a hónaljárok elváltozásával összefolyik. A csecsbimbó körüli udvar erősen festékes. Hasonlóképpen festékesebb a bőr és papillárisan túltengett a köldök körül.

A fantájék, a penis és a scrotum színe hasonló a has színéhez, a bőr barázdarendszere a rendesnél kifejezettebben látható. Ezen elváltozások elmosódva mennek át a szomszédos ép bőrbe. A karok külső oldalán egy-egy tenyérszerű nagyságú, kávébarna színű folt. A könyökárokban a bőr ismét puhább, zsírosabb és szintén kávébarna színű. Ép így a térdhajlatban is. Acrocyanosis és hyperidrosis.

A száj körül kávébarna elszíneződés látható, ép így mindkét tuber frontale felett is.

A bőr histologiai leletét a nyakról és a törzsről kimetszett darabokon mutathatom be.

A metszeteket hyaematoxylinnal és van Giesonnal, a rugalmas rostokra pedig orceinnel festettem. Az előbbi festésnél a cutisban és a subcutisban levő véredek a rendesnél tágultabbak és körülöttük egymagvú kis gömbsejtek nagyobb számmal láthatók. A fölélváltozás a papilláris rétegben látható, a mennyiben a papillák erősen megnyúltak, csúcsukon helyenként elágazódottak, a papillák hajszálerei nagy fokban tágak és körülöttük mérsékelt kis gömbsejtes beszűrődés van. Az epidermis általában megvastagodott, az interpapilláris hámgerendák a papillák elváltozásának megfelelően meghosszabbodtak. A cutis és epidermis határán a melanoblastok helyenként megsaporodtak. A basaltsejtréteg mindenütt a rendesnél sokkal erősebben festékes, protoplasmája sárgásbarna festékszemesekkel kitöltött. Az epidermis felülete a papillák megnyúlása és felső részének elágazódása következtében papillomaszerűen egyenetlenül dudorzos, az egyenetlen behúzó-dásokat körkörös elrendezett szarúsejtek töltik ki.

Esetünkben tehát a legtűzetesebb vizsgálattal sem találtunk olyan tüneteket, melyek valamely rossztermészetű daganatnak jelenléte mellett bizonyítanának. Mindazonáltal nem lehetetlen, hogy a további lefolyásban ilyen jelenségek még találhatók lesznek.

A therapia teljesen tehetetlen ezen betegséggel szemben.

## Symmetriás arcnaevusok.

**Csillag Jakab:** B. L. 16 éves nőtlén kocsist 1908 január 29.-én vették fel Róna tanár osztályára. Előadta, hogy arcán 9—10 éves korában kezdtek daganatocskák fejlődni, felső és alsó végtagjain pedig 14 éves korában. Ez idő óta nem szaporodnak. Családjában hasonló bajról nem tud.

A középtermetű, jól fejlett férfi arcán (a felső ajkán sűrűn, az orrhát bőrén mérsékelt számban, a fülkagylókon igen gyéren) kis gombostüfej-borsónyi, porczkemény, számos tágult hajszál-értől átjárt, halvány sötétvörös daganatocskák láthatók, melyek félgömbalakban emelkednek ki a bőrből.

Mindkét alkar alsó harmadán gyér számban, mindkét lábszáron néhány az arcéhoz teljesen hasonló daganatocskák találhatók.

Három kis daganat szövettani vizsgálata a következő eredménynyel járt: rugalmas rost hiány, dús magú kötőszövet, benne nagyszámú tág, a daganatok felületén kis cavernákat alkotó capillaris.

E lelet kétségtelenné teszi, hogy a Darier-féle naevi vasculaires et verruqueux de la face-szal állunk szemben, vagy a mint a bemutató egy előző közlésében nevezte: naevi symmetrici angiofibromatosi-val.

A kezelés a daganatocskák kiirtásából fog állani.

## Pityriasis lichenoides chronica két esete.

**Csillag Jakab:** I. eset. K. F., 38 éves nős férfi. A baj 1906 óta áll fenn a nélkül, hogy ez idő alatt csak egyszer is teljesen elmúlt volna. Róna osztályán két hét óta észlelik. 1904-ben alkalmasint lueses természetű sankerje volt.

A beteg állapota az észlelés idejében alig változott: a hajzatos fejbőrt, az arcot, a fülkagylókat, a kezét és lábát kivéve az egész köztakarón az egymásnak megfelelő régiókon elosztva sűrűbben és gyérebben köles kendermagnyi hevenyen lobos göcsök láthatók, melyek a bőr színén túl alig emelkednek, nagy részük selyempapírvékonyaságú, viaszfényű, mozaikszerűen repedezett, pikkelyecskékké borított. Mellettük ugyanily pikkelyekkel fedett, lencse-kiskörömnnyi területek láthatók göcsök nélkül. A göcsök és hámló területek helyenként csoportokat és hálózatos sorokat alkotnak.

A mirigyrendszerben, a szájnyálkahártyán és a belső szervekben elváltozás nem mutatható ki.

A beteg ez idő szerint Fowler-oldatot kap.

II. eset. Özv. H. Zs.-né, 68 éves szegényházi ápoló 1904/5-ben Róna tanár osztályán állott kezelés alatt a szóban levő bántalommal és most Stáhl Ignác főorvos szíves engedelmével mutatom be. Az eset 1905-ben az Orvosi Hetilap hasábjain mint a parakeratosis variegata és pityriasis lichenoides chronica stb. nevű bántalom azonosságát bizonyító eset kellel ismertette lett és most csak azt kívánom demonstrálni, hogy a baj, bár kisebb mértékben, főleg a hónaljárok körül elkülönült laesiók alakjában ma is fennáll.

## Kétoldali recurrenshüdés két különböző okból.

**Baumgarten Egmont:** Az 54 éves férfibeteg hat év előtt jelentkezett a poliklinikán és akkor jobboldali recurrenshüdest találtam. A recurrenshüdés okát sem az idegkörtani, sem a bel-orvostani ismételt vizsgálat nem derítette ki. Rövid megfigyelés után kitűnt, hogy a beteg diabetes insipidusban szenved és hogy ezen megbetegedés, ép úgy mint a gégehüdés, valamely centrális bajnak tünete. A száj izmaiban hüdés nem látszott, de feltűnt, hogy beszédét nehezen lehetett érteni. A diabetes akkor elmúlt, de a gégehüdés változatlan maradt.

Most, hat év után a beteg ismét jelentkezett, beszéde ép oly érthetetlen, mint akkor, járása még nehezebb, de most az a panasza, hogy egy idő óta a hangja rekedt. A jobb recurrenshüdés még teljesen fennáll, a jobb hangszalag valamivel mélyebben fekszik, mint a bal. A baloldali hangszalag belégzéskor a középvonalon túl nem tér ki és egész mozgása abban áll, hogy hangot adáskor a jobb oldal felé és lefelé mozog, egy szóval csak a kompenzáló mozgást végzi. A bal szalag ezen posticusshüdése (vagy recurrenshüdés a második állásban) nyilván újabb keletű és



első sorban arra kellett gondolnunk, vajjon ezen új hűdés az előbbi megbetegedéssel összefügg-e vagy sem, vagy talán más centrális okból keletkezett-e? A beteg azóta diabetes insipidus nem jelentkezett. Schaffer kezdődő paralyist nem zárhat ki. Minthogy a nehéz beszédén kívül, mely hat év előtt ugyanilyen volt, más jelenség nem mutatkozott, hajlandóbb a baloldali hűdés okát periferiás nyomás eredményének tartani, és mivel a külső recurrens lefolyásában a tapintás okot nem derített ki, Terrayhoz küldtem, a ki a balszív túltengését találta. A szív és nagy véreerek hangjai tiszták, az aorta II. hangja ékelt, aneurysmára utaló jelenségek nincsenek. A Röntgen-vizsgálatkor a szegycsonttól balra a második borda magasságában tojásnagyságú, élénken lüktető árnyékot látunk, mely az aneurysma diagnoszt biztosítja. A szív árnyéka nagy volt.

Ezen eset azt bizonyítja, hogy a recurrenshűdés valamennyi esetében ne elégedjünk meg az ideg és a mellkasi szervek vizsgálatával, hanem főleg a Röntgen-átvilágításra fektessük a súlyt. Az eset azon szerfelett ritka esetek közé tartozik, a melyekben a kétoldali gégehűdés két különböző okból ered.

*Zweillinger Hugó:* Rossztermesztű mediastinumdaganat, a bárzsing és a trachea között levő nyirokmirigyek megnagyobbodottsága, bárzsingrák, gümme esetében, központi eredésű bajokban, neuritisekben, melyek diphtheriás vagy lueses alapon fejlődtek ki, a recurrensnek kétoldali hűdése különböző okokból bizonyos klinikai érdekességgel bír. Bäumler és Ziemssen esetet írnak le, melyben az aorta aneurysmáján kívül az anonymán és subclavián is találtak aneurysmát; a különböző ok csak látszólagos volt. Ezen esetekben csak a boncsolás nyújt biztos felvilágosítást, a Röntgen-kép magyarázása a klinikai jelek coincidentiajára ellenére is téves lehet.

#### Typusos intercarpalis luxatiós törés két esete.

**Fischer Ernő:** Herczel tanár rókus-kórházi sebészeti osztályáról mutat be egy 28 éves villanszerelőt, a ki 1907 november 25-én egyemeletes ház tetejéről a földre zuhant. Deczember 1-én szállították a kórházba, a hol jobboldali, rossz helyzetben beékelt czombnyaktörésen, jobboldali nyílt ulnatörésen kívül mindkét kéztörnek súlyos sérülését állapították meg: a bal kéztő volaris oldalán, a radiusepiphysis előtt féldínyi, csontkemény, elmozgatható dudor van; a carpus feltűnően vaskos, a kéztő és ujjak tartása merev, activ és passiv mozgatusuk n-m sikerül; a Röntgen-felvételen jól látható, hogy az os naviculare kettétörött, proximális darabja az os lunatummal együtt az alkar hajlító oldalára ficzamadott. A jobb kéztőizületnek a baléhoz hasonló sajátságos külseje van: a vaskos carpus volaris oldalán csontkemény dudor, mely azonban nem mozdítható el; a működészavar igen nagy, a kéz és a kéztő teljesen merev; a Röntgen-felvételek a *typusos intercarpalis luxatiós törés* képét adják: az os naviculare kettétörött, proximális darabja az os lunatummal együtt a kéztő volaris oldalára ficzamadott.

A következő napon Sudeck-bódulatban mobilizáljuk a rossz helyzetben beékelt czombnyaktörést és egyúttal megkísérjük a ficzamadott csontdaraboknak vértelen úton reponálását. E kísérlet azonban mindkét oldalt sikertelen maradt, ezért rögtön hozzálátunk a *bal kéztő sérülésének véres úton való ellátásához*: a kéztő volaris oldalán 4 cm.-nyi hosszmetzés a m. flexor carpi radialis belső szélén; a repositio azonban így sem sikerül és ezért eltávolítjuk a luxált csontokat, melyek a környezettel alig vannak összefüggésben, de egymáshoz szoros szalagokkal rögzítettek és mintegy egységes izületi fejet alkotnak; gipszsin volarflexió tartásban.

A jobb kéztő műtévéseivel várnunk kell, míg a jobb ulna inficiált nyílt törése és a jobb alkaron levő genyedő bőrsebek feltisztulnak. Deczember 31. én történt a *jobb kéztőizület sérülésének véres úton való ellátása*: a repositio a feltárás után sem sikerülvén, kiirtjuk a luxált csontokat, melyek egészen olyan viszonyokat mutatnak, mint a baloldaliak.

Mindkét műtét seb per primam gyógyult; jelenleg, a sérülés után három hónappal, kellő utókezelés mellett a bal kéztő működése majdnem teljesen helyreállott, a jobb kézen ellenben még hiányos az ujjak szorító ereje; a jobboldali czombnyaktörés két cm. rövidüléssel, a jobboldali nyílt ulnatörés jelentéktelen dislocatioval gyógyult.

*Schoch* statisztikai összeállítása szerint eddig csak 36 esetben közöltek typusos intercarpalis luxatiós törést, kétoldali eset

pedig csak egy van (de Quervain). A luxált csontok kiirtását csak 10 esetben végezték, a most közölt kivételével. Az ilyes fajta sérülések mindenestre gyakoribbak, mint a hogy a közölt esetek kis számából következtetjük, felismerésüket a Röntgen-sugár kiterjedtebb használatától várhatjuk.

#### Adatok a látásvizsgálás módszertanához.

**Siklóssy Gyula:** Noha a látás szervének megvizsgálása nélkül a működésképegről fogalmat nem alkothatunk, feltűnő, hogy mily nagy a gyakorlóorvosok járatlansága az ilyen vizsgálatok végzésében.

I. A látás élességének megvizsgálását Snellen próbatábláival és Snellen rendszere szerint végezzük. Ennek a rendszernek az alapelvét nagyon nehezen jegyzi meg a gyakorlat embere, nem is számítva, hogy az alapelv maga is téves. Nem áll fenn az a tétel, hogy az emberi látásélesség határszöge (a felismerésben) 1°. De zavaró a nyert értékek törtalakja.

A Snellen-féle táblákon kevés sorban sok betű van; ez hosszadalmassá és pontatlanná teszi a vizsgálatot. A közeli próbák pedig, melyeket akár a Snellen, akár a Csapody könyvéből veszünk, teljesen megbízhatatlanok. Nem alkalmasak sem a közelpont (accommodatio), sem a távolpont (myopia esetében) meghatározására.

Az itt bemutatott táblák segítenek ezeken a hiányokon: egyszerűvé, pontosá és érthetővé teszik a látás élességének megállapítását. Alapja a rendszernek, mely szerint a táblák szerkesztve vannak, az acuitás, vagyis annyi látás, a mennyivel 1 cm. vastag betűt 1 m. távolról felismer az emberi szem. A táblák 5 m. es vizsgálati távolságra vannak szánva, és látható rajtuk 16 betű (ill. jel). A megállapítható értékszámok így következnek: 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 5, 15, 17, 5, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50. Minden értékből csak egy betű (jel) van a táblán. A betűk egymásutánja nem változik. Olyan betűk követik egymást (közvetlenül), melyek alakja igen hasonló egymáshoz: L, T, E, F; P, R; O, C, D, G; ezeken kívül szerepel még a V és Z betű. Ez a 12 betű az, a mely Snellen tábláin található.

II. A *kézi tábla* arra van hivatva, hogy *hozzávetőlegesen* lehetővé tegye az alkalmazkodás értékének (közelpont) vagy a közellátóság fokának (távolpont), valamint az ezen vizsgálat közben kimutatható látási élesség értékének meghatározását. Az első két feladat csak úgy oldható meg, ha rendkívül apró, úgy szólván *mértani pont* gyanánt felfogható próbajelekkel vizsgálunk. A kézi tábla legutolsó (X.) sorában levő betűk 1°-nyi szög alatt jelennek meg 12,5 cm.-ről: magasságuk kisebb, mint egyötöd mm.; ugyanilyen szélesek is. A betűk teste (vastagsága, kihúzott vonala)  $\frac{1}{25}$  mm. = 33 mikromillimeter.

A bemutatott kézi tábla bal oldalán látható oszlop mutatja, hogy a talált közel- vagy távolpontnak mennyi accommodatio vagy myopia felel meg. A jobb oldalon levő oszlop azt mutatja, hogy a (másik oldalon megkeresett) látási élességnek acuitásokban kifejezett értéke mennyi Snellen szerinti visusnak felel meg. A kézi tábla másik oldalán meg lehet keresni a látás élességének értékét (acuitásokban). Függőlegesen a felismerési távolság van centiméterekben jelezve, vízszintesen a sorok száma. Ha valaki az ötödik sort olvassa 40 cm.-ről, ez 20 acuitásnak felel meg, a hatodik sor felismerése 30 centiméterről, 21 A-nak stb.

Nevezetes a hetedik sor, mely e miatt fekete keretbe van foglalva. A hány centiméterről ismeri fel valamely szem azt a sort, annyi acuitás a látása. A dolog magyarázata abban van, hogy e sor felismerése 1 m.-ről 100 acuitást jelent, mert a distantia separabilis  $\frac{1}{100}$  centimeter.

A *kézi tábla* használatához fűződő hiányok teszik érthetővé, hogy a mennyiben csak lehetséges, a távoli látástáblák használata kötelező. A kézi tábla csak hozzávetőleges adatokat nyújt.

A szemtől való távolság lemérésében körülbelül 1 cm.-t le kell számítani (ha a mérést az os zygomaticumtól számítottuk), tekintettel arra, hogy a számításban a szem optikai középpontja irányadó.

III. A gyakorlóorvos számára a fénytörés megállapításának is nagy hordereje van.

A subjectiv vizsgálat távolról sem tarthat igényt arra, hogy az objectiv (fennálló képből refr. szemtükörrel vagy skiaskopikus



úton végzett) vizsgálattal versenyezessen, de a gyakorlóorvos céljainak tökéletesen megfelelő.

Ilyen subjectiv vizsgálatra állítottam össze ezeket a lemezeket, melyek annyiban térnek el a kereskedelembe forgó hasonló árúciáktól, hogy több combinatiót engednek meg. A két lemezbe  $\pm 1-8$  D-ig terjedő 8-8 üveg van befoglalva. Ez a lemez elhelyezés megkönnyíti az orvos helyzetét, mert a javító (—) vagy a még elfogadott (+) határüveg megtalálását gyorsabbá és kényelmesebbé teszi.

IV. A lemezek legelső karikája üres. Ezen a nyílson át vizsgáljuk az illető szemét abból a szempontból, hogy nem forog-e fenn hemeralopia vagy nyctalopia esete.

Erre egy másik kis számká szolgál, a melybe 92%-ot absorbeáló szürke üveg van beillesztve. Rövid időn át tartó adaptatio után a rendes fényérzékeléssel bíró szem ezen a szürke üvegen át körülbelül feleannyit lát, mint a szürke üveg nélkül. Az esetek százait vizsgáltam s a legpontosabban megkaptam mindig az először talált látási élesség felét. Ha jelentékenyen ezen alul marad a szürke üveggel, hemeralopiával állunk szemben, mely annál nagyobb fokú, mentől kevesebb a látás a szürke üvegen át.

A fényérzékelés vizsgálása különös fontosságot nyer, ha meggondoljuk, hogy a vasúti alkalmazottak mennyire ki vannak téve azoknak a káros hatásoknak, a melyek hemeralopiát szoktak okozni: erős napfény, alkoholismus és gyenge, rossz táplálkozás.

V. A színérzés vizsgálatára teljesen Holmgren alapelveit követve szintábrát szerkesztettem. Az a mód, mely a színek megnevezésén alapszik s a mely még az egyébként megokadatolt tudományossággal készült Nagel-féle szintábrák használatakor sincsen számíztva: egyszer s mindenkorra, mint teljesen hibás, elvetendő.

A szintábrát csak a hozzáválasztásos módon szabad használni.

Ha a II. vagy III. vízszintes oszlop bal oldalán (a vizsgáló orvossal szemben elhelyezett szintábrán) téveszti az illető össze a mintaszínt valamely csereszínnel, vörösszínváskaság esete forog fenn; ha a tulsó, jobb oldalon téveszt az illető, zölde színváskasággal van dolgunk.

Mohr Mihály. A Siklóssy felállította egységet, az acuitást, vagyis azt a látóképességet, mely 1 cm.-nyi fekete jelet 1 m.-ről meglát, helyesnek tartja és el is fogadja. Elvégre is olyan önkényes egység ez, mint a Snellen-féle  $\frac{5}{3}$ , vagy a meter, melyről már mindenki tudja, hogy nem a délkörnegyed 10 milliommód része, hanem az a hosszúság, mely a Párisban őrzött platinméter-talonnal egyenlő hosszú.

Persze az ilyen mérték akkor jut érvényre, ha valamely nemzetközi congressus ilyennek elfogadja. Hogy pedig ez kedvező esetben is milyen nehéz, mutatja a Donders által az optikába bevezetett dioptriarendszer, melyet a kontinens elfogadott, de nem Anglia, a hol még hüvelykek szerint számítják a lencsék értékét és a hol a meterrendszer sem tudott még tért foglalni.

A szóló kis gyakorlattal belejött, hogy az acuitás-értékeket átszámítsa Snellen szerint; idegenek számára mindkét jelzést használja.

## A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VIII. rendes ülés 1907 december 13.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula, később Haberern J. Pál. Jegyző: Winternitz Arnold.

1. Borszék Károly: Spontan keletkezett ondózsínorcsavarodás operált esete. Az ondózsínorcsavarodás a legritkább megbetegedések egyike, létrejövésének kérdése még máig sincs tisztázva. A közölt esetek legnagyobb részében vagy kryptorchismus volt jelen, vagy a here volt megnagyobbodva, vagy a funicululus túlságosan megnyúlva, illetve megvastagodva. Lapointe a csavarodás kétféle alakját különbözteti meg: az egyik alakban a here és az ondózsínor savós burkaival együtt csavarodik, ez szerfelett ritka; a másik alakban a here az ondózsínórral együtt a tunica vaginalisban úgy mint egy petefészektől a kocsánya körül csavarodik meg. A csavarodást létrehozó közvetlen ok is ismeretlen; a legtöbbször hirtelen mozdulattal, vagy a herét ért traumával hozzák összefüggésbe, sőt vannak esetek leírva, a hol a csavarodás többször ismétlődött. A csavarodás létrejöttét heves tünetek jelzik, a melyek egészen a collapsusig fokozódhatnak és

sokszor a sérvkiszorulás tüneteit utánozzák. A megkülönböztetés a lágyékesatornában vagy annak külső nyílásában levő here ondózsínórnak csavarodása esetében jóformán lehetetlen; rendes elhelyeződésű here mellett a csavarodás megállapítása nehézségekbe nem ütközik, mert a lágyékesatorna felé való elhatárolódás éles és frissebb esetekben a herezacskó folytonos nagyobodása majdnem szemmel látható. A csavarodás gyógyítása csak műtéti lehet. Ajánlották ugyan a bőrön keresztül való visszacsavarást is és említést tesznek betegekről, a kik a többször támadt csavarodást saját maguk tudták megszüntetni, azonban a visszacsavarás ily módon való elvégzésének két akadálya van még akkor is, ha a körjelzés helyességéhez kétség nem fér: az egyik az, hogy nem tudjuk a bőrön keresztül megállapítani, hogy a csavarodás milyen irányú, a másik pedig, hogy a herezacskó duzzadása még friss esetekben is olyfokú, hogy a herét nem is tudjuk kitapintani. A műtét a szabadán tett herének visszacsavarásában, illetve, ha életképtelen, castratióban áll. A visszacsavarást minden esetben meg kell tenni és csak ha a here minden kétséget kizárólag elhaltnak bizonyul a leszorítás megszüntetése után is, csak akkor szabad castrálni. Ha a here valamelyik része gyanus, legezélszerűbb a tunica vaginalisban a here felett rést hagyni és drainezni. Az életképtelen rész demarkálódik és a here nagyobb részét esetleg mégis sikerül megtartani.

A 29 éves kovács munka közben egy magasabb lépcsőről leugorván, herezacskójának bal felében erős nyilaló fájdalmat érzett, majd szédülés és hányásinger vett erőt rajta, úgy hogy munkáját abban kellett hagyni s azonnal a klinikát kereste fel. Május 29.-én este vétetett fel Réczey professor klinikájára, akkor a herezacskó két ökölnyire meg volt nagyobodva, felette a bőr vizenyösen duzzadt; a jobb herezacskófél és a jobb here teljesen normális; a baloldali herét nem lehet kitapintani. A beteg rendkívül halvány, arcza hideg verítékekkel fedett. A tunica vaginalist felmetszve, mintegy félliternyi sötét savó ürül, a here a jobboldalinál nagyobb és halványkék színű; az ondózsínor venái erősen tágultak, némelyik egész kisujnyi vastagságú. A lágyékesatorna külső nyílása alatt kétujjnyira az ondózsínór mintegy 180°-ra meg van csavarodva. A visszacsavarás könnyen sikerül és utána a venák rögtön kiürülnek és a here kékes színe is lassanként megszűnik. A legerősebben tágult venákat kiirtva, a tunica vaginalis lemezeit egyesítjük. Per primam gyógyulás. Jelenleg a műtét után 7 hónappal a here atrophijának semmi jele sincsen.

Hozzászól Winternitz Arnold: Teljesen igaza van a bemutatónak, hogy ezek a heretorsiók az esetek túlnyomó többségében dystopikus herén jönnek létre. Két esetben here-, egy esetben ovariumcsavarodást láttam: mind a három esetben extirpációt végeztem. Egy esetben nem totális torsio volt, hanem csak a mellékhere feje csavarodott meg. Ebben az esetben a here és mellékhere hosszúság képlet volt, a mellékhere mesenterium-formában nyúlt előre s a mellékhere feje megcsavarodott, kitágult, vérzéses lett. Igen ritka lelet.

2. Borszék Károly: Súlyos máj- és vesezúrási esete. Valamennyi sebész egyetért a májsérülések kezelésének tekintetében abban, hogy a máj sebet, hacsak lehet, varratokkal egyessük; ez a legbiztosabb módja a vérzéscsillapításnak és ez óv meg leginkább a később esetleg annyi kellemetlenséget okozó epifolyás ellen is. Újabban a varrat helyett Cornil és Carnot a máj sebének steril gelatinoidattal való leöntését ajánlotta, ha felületes, és a cseplezszerű való tamponálást, ha mélyebb. Ha a máj sebe olyan, hogy egy nagyobb gyűjtőér van keresztül-metszve, csakis a varrattól remélhetünk jó eredményt.

W. J. 37 éves bérkocsist felesége konyhával oldalba szúrta. A szúrás után menekülni akart, de csakhamar összeesett. A mentők a sérülés után fél órával szállították be Réczey professor klinikájára. Akkor a jobb elülső hónaljvonal meghosszabbításában a bordaív szabad szélén egy 3 cm. hosszú, táguló, véralvadékkal kitöltött folytonosság hiány volt látható, a melynek megfelelőleg a 8. és 9. borda át volt szúrva. A has elődomborodó, kifejezett défense musculaire, oldalt fektetésekor határozott tompulat. A sérült igen halvány, testét hideg veríték fedi, a radialis-pulsus nem tapintható; a vizsgálat alatt hány. A műtetre való előkészület közben és az egész műtét alatt Locke-féle oldatot infundálunk a bőr alá. Chloroformnarcosisban a jobb rectus külső szélé mellett a borda-



ívtől a köldökig vezetett metszéssel megnyitjuk a hasüreget; mintegy két liternyi részben folyékony, részben alvadt vér ürült ki. A vérzés a máj jobb lebenyének felemelése után igen élénk és a máj alól sugárban ömlik a vér. A meglevő metszéshez gyorsan egy a bordaívvel párhuzamosan futó arasznyi metszést csinálunk és a máj vérző helyére egy nagy tampont nyomunk. Most ujjainkkal a vérzés helye mellett kétoldalt a májat összenyomva, a vérzés forrását vizsgáljuk s ekkor kiderül, hogy a máj jobb lebenye a szabad szél felett 4 harántujnyira kezdődőleg végig van hasítva egész vastagságában és egy lúdtollnyi átmérőjű vena is keresztül van metszve. A máj sebét a máj egész vastagságát átöltő vastag catgutvarratokkal egyesítve, a vérzés megszűnt. A máj sebének ellátása után a hasüreget tovább vizsgálva feltűnt, hogy a jobb vese körüli kötőszövet vérzésesen erősen beszűrődött és hogy ezen hely felől állandóan vér szivárog. A vesét borító peritoneumot keresztülmetszve, a vesét előhúzzuk s ekkor kiderül, hogy felső polusa 2 cm. darabon szintén meg van szúrva; a szúrás a vesemedenczéig hatol, de nem nyitja meg. A vese sebét 3 catgutvarrattal egyesítve, a peritoneumot is összevarrjuk. A hasüreget steril törlőkkel kitöröljük és a hasüreget tampon visszahagyásával egyesítjük. Látatlan lefolyás, zavartalan gyógyulás.

**3. Dumitreanu Viktor: A látóideg neurogliomája.** A szem-ideg elsődleges daganatainak általános sajátosságait vázolja; mind-egyikre jellemző az, hogy a tulajdonképeni látóidegdaganat orsóalakú, a durális hártyától borított és azt ritkán töri át. Fejlődése igen lassú, minden lobos tünet nélküli, a betegek igen korán megvakulnak, még mielőtt a szemén bármi elváltozás mutatkoznék; exophthalmus csak később jelentkezik. Lobos tünetek és fájdalmak csak akkor jelentkeznek, mikor már a daganat nyomása következtében a conjunctiva táplálkozászavara támad és így panophthalmitis keletkezik. Panophthalmitis után gyakran a másik szem sympathiás gyuladást kap és igen gyakran az is megvakul. A látóideg elsődleges daganatai igen ritkák. *Finlay* 112 esete közül 3, *Lagrange* 162 esete közül 10 a neuroglioma.

A bemutatott eset 16 éves nő, a kin 5½ év előtt jelentkezett az első tünet, a mikor is észrevette, hogy teljesen megvakult; ezután sorban támadt: exophthalmus, panophthalmitis és a szemnek zsugorodása. Az I. számú sebészeti klinikán történt az exenteratio orbitae; a bulbust azért távolították el, mert prothesis nem volt használható. A daganat a látóidegnek a szembe való lépése előtt 1½ cm.-rel kezdődött és a foramen opticumból való kilépés előtt közvetlenül végződött; orsóalakú volt. Belsejében vörhenyes törmelékeny anyag, falát köröskörül 5 mm. vastagságban daganatszerű szürkésbarna tömeg bélelte ki. A durális burok feszes, fényes volt, a daganat átmetszetén a nervus opticus körülbelül 3 mm.-re volt követhető, középső részén teljesen eltűnt, sem makro-, sem mikroszkopice az idegrostok kimutathatók nem voltak. Görcsövi metszeteken a daganat tipusos gliareczt mutatott. Hogy csakugyan neurogliaszövetből álló daganat volt jelen, azt a speciális Weigert-féle gliafestés mutatta ki, míg van Giesonnal festett metszeteken a gliarostok barnára festődtek.

## A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(Ülés 1907 október 29.-én.)

Elnök: **Navratil Imre.** Jegyző: **Lipscher Sándor.**

(Vége.)

### A gége és lágyszájpadlás chronicus oedemája.

**Lénárt Zoltán:** B. Margit 12 éves leány 1905 deczemberétől, tehát csaknem két év óta van megfigyelésem alatt. Az a panasza, hogy a falatot csak úgy bírja lenyelni, ha vizet iszik utána, fájdalmak azonban a nyeléskor sohasem voltak; továbbá köhög és éjjelente fuladozik. Ha megfázik, úgy a nyelési, mint a lélekzési nehézségek fokozódnak. Jelen baját leszámítva komolyabb betegsége állítólag sohasem volt. Szülei és két testvére egészségesek.

Az *uvula* vastag, szürkésvörös, oedemásan megnagyobbodott, úgyszintén az elülső és hátulsó *garat* is vastagok, nem éles, hanem legömbölyödött szélűek, viaszosan fénylők és szürkésvörösek. Az *epiglottis* kisujjvastagságú, szürkésvörös, sima, legömbölyödött. Mind a két *arytaenoidális tájék*, az *aryepiglottis* redők, az *álhangszálagok* jelentékenyen meg vannak vastagodva, felületük sima, halvány, szürkésvörös, áttetsző. A gége belsejébe nehezen lehet belátni; a *hangszálagok*, valamint a gége alsó üre és a *légcső* normálisak.

A beteg lélekzése kissé zörejese, a hangja tiszta, de fojtott. Mindez a gége és lágyszájpadlás oedemájának tipusos képe.

Az esetben az a rendkívüli, hogy ez a kép két év óta változatlanul, állandóan egyforma, legfeljebb kedvezőtlen időjárásakor, a mikor a beteg meghűl, lesz intenzívebb az oedema és nehezebb a lélekzés, annyira, hogy eleinte mindig vártam, mikor válik a tracheotomia szükségessé.

Tudjuk, hogy a gégeoedemák aetiologiájuk szerint két csoportra oszlanak: 1. *nem lobos oedemák* (vagy serosus infiltrációk), a hova a nephritis, szívgyengeség és nagyfokú véréhezesség következtében beálló gégeoedemák tartoznak, úgyszintén a *pangás* miatt bekövetkező oedemás nyakdaganatok, struma és mediastinalis tumorok következtében, továbbá a *toxikus* és *angio-neurosis* oedemák és végül az *idiopathiás* oedemák, a melyekben az oedema okát sikerült kimutatni.

2. *A lobos oedemák*, a melyek a gége és a közvetlen környezetének lobos folyamataihoz csatlakoznak.

Tudjuk továbbá, hogy a chronicus gégeoedema kivétel nélkül másodlagos jelenség, rendszerint kísérője mély szöveti elváltozásoknak és épen ezen okból csaknem mindig részleges szokott lenni.

Mindezeknek figyelembe vételével a lefolyt két év alatt betegemet beható vizsgálatnak vetettem alá és ennek eredményéről a következőkben számolok be:

A beteg kevésvérű, mellkasi szervei épek, a szívesűes az V—VI. bordaközben a bimbóvonalban tapintható. Hasi szervei épek. A vizeletben rendellenes alkotórész nincsen. A vér histológiai lelete normális. A köpetvizsgálat negatív. A gégeben fekély vagy lobos jelenség nincsen. A pajzsmirigy nem nagyobb, a nyakon daganat nem állapítható meg. Peribronchiális mirigyduzzanatra és mediastinalis daganatra gondoltam, de a mellkas röntgenképe, a melyet Stein dr. volt szíves eszközölni, teljesen negatív eredményt adott. A beteg úgy a *Pirquet*-, mint a *Calmette-reactio* negatív.

Évek előtt *Störk*-nél láttam esetet, a mely hasonlóképen a velum és a gége chronicus oedemájának a képét mutatta és a melyről *Störk* kiderítette, hogy e szervek sarkomája forgott fenn.

Ezért betegem uvulájából és epiglottisából próbaexszióit végeztem, de a *Krompecher* tanár által végzett vizsgálat egyszerű savós beszűrődést derített ki.

A beteg szedett jodkalit, vasat, arsenit hónapokon keresztül a nélkül, hogy a leirt kép a legkisebb mértékben megváltozott volna.

Mindezek alapján kénytelen vagyok ezen oedemát idiopathiásnak jelezni, mert magyarázatát adni nem tudom.

Hasonló esetek a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. Talán az eset további lefolyása fogja az ez idő szerint meg nem magyarázható okot felderíteni.

*Zwillinger Hugó:* Évek előtt látott esetet, melyben a lágyszájpadnak chronicus oedemája volt jelen helyi gyulladásos tünetek és a pangás oka nélkül. A szövettani vizsgálat csak oedemát mutatott. A beteg meghalt, de boncolásra nem került.

*Baumgarten E.:* Hasonlít az eset a *Störk*-éhez, mely *Kundrat* szerint lymphosarkoma volt. Az eset egyébként 20 éves leányra vonatkozott, míg a bemutatott csak 12 éves. Egy másik esetben, melyre a szóelő emlékszik, nyirokértágulatok voltak. Talán ezen eset is ide tartozik.

*Donogány Zakariás:* Tuberculosisra is kell gondolni, mely csak évek múlva fejlődik ki teljesen, mint az egy esetben történt. Gondolni lehet még a *Quinke-féle* oedemára az arcon, vagy a myxoedemára.

*Lénárt:* A *Quinke-féle* oedemát kizárja, mert az neuropathiás befolyásokkal függ össze; a myxoedema is kizárandó, mert semmi tünete sincs. Lymphectasia sem forog fenn, mert a kórszövettani lelet oedemás infiltrációt derített ki. A tuberculosis is ki van zárva.



### Septumcarcinoma műtét esete.

**Navratil Dezső:** Ezelőtt hat hónappal távolított el a 32 éves nőbeteg septumának jobb oldaláról egy körülbelül olaszmagyarányi basalsejtű rákot. Az eltávolítás akként történt, hogy endonasálisan — mivel a beteg extranasális műtétbe és a környi mirigyek kiirtásába nem egyezett — eltávolította az igen vérző tumort, mindenütt az épen vitt metszéssel. A tumor a perichondriummal együtt volt csak eltávolítható. A porcezzal összekapaszkodva nem volt. A kiirtott területen a porcz nem halt el, hanem szépen beszorjadt. A műtét után 1 hónap múlva a granulosus területen két kis kiemelkedés volt látható. Ezeket kimetszette, de szövettanilag ráknak nem bizonyultak, hanem egyszerű granulomáknak. Az első ízben eltávolított nagy daganat kórszövettanilag basalsejtű, igen rosszindulatú ráknak bizonyult. A beteg a műtét óta recidivamentes. A nyakon mirigyek nem tapinthatók.

**Tóvölgyi Elemér:** A prognoszt nem merné ilyen kedvezőnek feltüntetni, mert a recidiva még évek múlva is bekövetkezhetik.

**Lénárt Zoltán:** Donogánnyal együtt készített dolgozatában kimutatta, hogy a prognoszt absolute rossz. Igaz, hogy eseteikben a carcin. az ethmoidalis sejtekből vagy a kagylóból indult ki, míg itt a septumról alaposabban volt a daganat eltávolítható és így a prognoszt jobb.

**Zwillinger Hugó:** Röntgen- vagy radiumkezelést ajánl.

**Navratil D.:** Nem mondta, hogy a prognoszt absolute jó.

### A középső orrkagyló mucocelje.

**Ónodi Adolf:** A 21 éves nőbeteg négy év óta a bal orrfél eldugulásában szenved, melyhez a halántékra kisugárzó fájdalom és torokszárazság járult. Az orrban tömött tapintatú, diónyi daganat van, mely a középső kagyló területének felel meg, szorosan az alsó kagylóhoz és az orrsövényhez fekszik, ez utóbbit a jobb oldalra nyomja. Megnyitáskor 4 cm. átmérőjű, egykamrás, szürkessárgás nyálkát tartalmazó, belővelt nyálkahártyával bíró tömlőnek, a középső orrkagyló mucoceljének bizonyult. A léggel telt hólyagok többször, a nyálka és a genyhólyagok ritkábban kerülnek észlelés alá. A zavart orrlégzés, a nyomástünetek, reflexjelenségek, exophthalmus stb. endonasális beavatkozásra megszűnnek. Felhívja a figyelmet két tényre. Először is 10 esetben a középső kagylóban és 2 esetben a felső orrkagylóban észlelte a kagylósejtet, ú. n. csont hólyagot. Egy készítmény kivételével mindig a felső orrjáratba nyílt a kagylósejt. A kagylósejt nyílásának magas helyzete a felső orrjáratban a középső kagyló tetején a felgyülemelő nyálka vagy geny kiürülését megnehezíti vagy megakadályozza, a nyílás elzáródása pedig kóros növekedéshez vezet, különböző vastagságú csontok képződésével. Másodszor azon észleletéről szól, midőn a felső kagyló sejtje a canalis opticus alsó falát alkotja és a nyomás és gyulladás folytán neuritis retrobulbaris és atrophia nervi optici támadhat.

**Zwillinger Hugó:** 17 év előtt írt e kérdésről és idézte Zuckerkandlt, a ki azt mondja „dass es sich um versprängte Siebbeinzellen handelt“. A „kagylósejt“ elnevezés megfelelőbb. Érdekes, hogy a felső orrkagyló csont hólyagja a szemben elváltozásokat hozhat létre. Ezek különben nem ritka, teljesen tisztázott tények.

**Pollatschek Elemér:** Egy 7 cm.-es, léggel telt csont hólyagot észlelt.

**Ónodi A.:** A léggel telt hólyagok közönségesek és ismertek, ellentétben a nyálkával és genyvel telt hólyagokkal. Harmer 24 esete közül csak 3 volt genyhólyag. Egy egykamrás, 4 cm. hosszú mucocelét a rostalabyrinthusban mutatott be azelőtt, mely exophthalmust és látászavart okozott.

### Adat a skleroma elterjedéséhez és gyógykezeléséhez.

**Irsai Artur:** A skleroma elterjedésének bővebb történeti ismertetése után saját eseteinek kapcsán és Róna közlésének felhasználásával graphikai (térkép) kimutatást készített, melyen a Magyarországon előfordult megbetegedések nagy része fel van tüntetve. Mint az előadás keretében nem illőt az egyes kórrajzok ismertetését mellőzte, csak a betegek korára, foglalkozására, vallására, születési illetve tartózkodási helyére volt különös tekintettel. Az általa észlelt esetek majdnem mindegyikében a szövettani, illetve bakteriologiai lelet megállapította a skleromát, vagyis támogatta a klinikai diagnoszt. 17 esetről referál, a melyeknek egy része a Magyarország északi részén Galiciával határos Zemplén- és Bereg-, valamint az ország keleti részén Romániával határos Fogarasmegyére vonatkoznak, a többiek elszórtan az országnak centrumából származnak. Szerinte tehát Magyarország igen kiterjedett skleromaterülettel bír, bár a meg-

betegedések teljes számát megközelítően sem tudjuk adni, mert sok esetet fel sem ismernek. Tekintve pedig, hogy fertőző képességük miatt ezek az esetek állandó veszedelmet jelentenek, azoknak véleményéhez csatlakozik, kik a skleromás eseteknek kötelező bejelentését és esetleges izolálását tartják szükségesnek.

Előadásának másik része a skleroma gyógykezelésének kérdésére vonatkozott, melynek kapcsán fibrolýsinnal jótékonyan befolyásolt esetről referált.

Az elnök köszönetet mond az előadónak. A hozzászólásokat a jövő ülésre halasztják.

### Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(II. szakülés 1908 február 8.-án.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

(Vége.)

**3. Makara Lajos ileusesetekről referál.** A folyó tanévben hat ileusesetet operált. Esetei az ileus válfajozatos okainak csak kis töredékére szolgálnak például, de megjelenésükben és lefolyásukban így is érdekesek. A hat beteg közül egy meghalt, öt meggyógyult. Három esetben az ileus sérvvel állott vonatkozásban, kettőben gondolt erre, egyben azonban csak a műtét derítette ki a kizáródott belső sérvet.

Az ileus is a határterület betegségei közé tartozik, a mely területen a belorvos és sebész együttműködése annyira kívánatos és hasznos. A belorvosnak is jó látni a műtét eseteket és ez úton is meggyőződnie róla, hogy az ileusok túlnyomó számában a mechanikai akadályok természete szinte kizárja a belső gyógykezelés sikerét. Az atropinnak és az újabban favorizált physostigminnek a bélperistaltikát fokozó hatása mechanikai akadály esetén hiába való, sőt egyenesen káros lehet mindaddig, míg az akadály elhárítva nincs. Minden prolongált várakozás veszedelmes. Hangsúlyozza, hogy az utókezelésben nem lehet sablonosan eljárni, a jó észlelés és tapasztalás vezet bennünket abban, mikor alkalmazzuk a hideget vagy a meleget, mikor a Priessnitz- vagy az alkoholos borogatást és végül mikor ne tegyünk semmit, ne zavarjuk a zavartalanul folyó gyógyulást.

Hozzászól: Szabó Dénes, Göth Lajos és Sándor István.

**4. Csermák Béla előadása: A stovainos lumbális analgesia után jelentkező fehérjevizelésről.**

Riedel-féle stovain használatát után Schwarc 78%-ban talált fehérjét a vizeletben. Az előadó 60 esetben végzett vizsgálatot. Csak olyan eseteket vizsgált, a melyekben a műtét előtt a vesék részéről kóros elváltozás nem volt kimutatható. A műtét után 5—6 órával leginkább katheter útján kapott vizeletet vizsgált s ezután naponként egyszer körülbelül 10—14 napig. A 60 vizsgált esetből 12-ben kapott fehérjét, 6 esetben fehérjét és fehérvérsejteket, 2 esetben fehérjét és szemcsés cylindereket, 1 esetben fehérjét, szemcsés cylindereket és fehérvérsejteket. A fehérje mennyisége 2 esetben meghaladta a 10/100-t Esbach szerint, 10 esetben a 1/20/100-t és 9 esetben kevesebb volt 1/20/100-nél.

Hozzászól: Makara Lajos, Szabó Dénes, Purjesz Zsigmond, Udvaránszky László, Kenyeres Balázs, Göth Lajos, Steiner Pál, Sándor István.

(III. szakülés 1908 február 15.-én.)

Elnök: Turecsa János. Jegyző: Konrádi Dániel.

**1. Buday Kálmán „Casuistikai adat a tüdőgangraena keletkezéséhez“** címen értekezik és bemutatja a tüdőképzítményt.

**2. Fabinyi Rudolf az elmebetegség családi ápolásáról** értekezik. Ismerteti a családi ápolás keletkezését külföldön és nálunk, kiterjeszkedve számos előnyére.

**3. Veress Ferencz: „Érdekesebb bőrbántalmak vetített képekben. I. sorozat: A syphilisről“** címen tart előadást. A syphilis különböző nyilvánulási alakjairól, polymorphiájáról szól, ismerteti lefolyásának módjait és előadását körülbelül 60 vetített fénykép bemutatásával illusztrálja. Részletesebben szól a velet született syphilis tüneteiről, különösen a másodlagos időszakról. Kiterjeszkedik a syphilis maligna és a leukoderma syph. bőv. ismertetésére, valamint az I., II. és III. időszak ismertetésére. Végül szól a tertiaer lues lényegére vonatkozó különböző elméletekről és a spirochaeta pallida jelentőségéről.



(IV. szakülés 1908 február 22.-én.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Gámán Béla heges oesophagusszűkületben szenvedő beteget mutat be, kinek bárzsinjából egy ott fennakadt húsdarabkát távolított el.

Hozzászól Makara Lajos és kiemeli, hogy az ő klinikáján oesophagokopiával távolítják el az idegen testeket.

2. Blumenfeld Sándor a Pirquet-féle cutan reactorról és Detre-féle módosításáról tart előadást. Eredeti közléseink során egész terjedelemben hozzuk.

## PÁLYÁZATOK.

207/908. kig. sz.

Az 1600 korona fizetéssel és 600 korona úti átalánnyal rendszeresített gavosdiai körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A kör Gavosdia, Lugoshely, Zsena, Kricsova, Cserestemes, Szendelak-Magur, Tápiá, Harmadia, Zsidóvár, Zgribest, Kis-Zorlencz, Szilváshely, Gyula-telep és Caukás községekből áll. A községek egymáshoz igen közel fekszenek, egy részük vasuton beutazható, maga Gavosdia pedig forgalmas vasuti állomás-helyet is képez.

A községek összes lélekszáma 12,000 s a körhöz több nagyobb uradalom tartozik.

A körorvos a községeket havonta kétszer meglátogatni, a vagyontalan betegeket ingyen kezelni tartozik; a vagyonos betegektől a szabályrendeletileg megállapított díjak szedhetők.

Lakást (4 szoba, megfelelő mellék helyiség, házi kert) a körorvos részére Gavosdia község biztosít, melyet a körorvos a község által megállapított megfelelő lakásbér ellenében köteles igénybe venni.

A pályázati kérvényben pályázók az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában előírt minősítésüket s eddigi működésüket igazolni kötelesek, f. évi április hó 20.-áig kötelesek hozzájuk benyújtani. A választást Gavosdia község-házánál f. évi május hó 16.-án d. e. 10 órakor fogom megtartani.

S z á k u l, 1908. évi március hó 5.-én.

2-1

Biró Béla, főszolgabíró.

300/908. sz.

Gömör és Kishont vármegye rozsnói járásában Csetnek székhelyvel Kisgenes, Sebespatak, Rekenyeújfalú, Kuntapoleza, Gacsalk, Hámosfalva, Martonháza, Rozsfalva, Nagyszabos, Szabados, Berdárka, Annafalva, Márkuska, Kis-szabos, Geczelfalva, Restér és Pétermány községekből rendszeresített körorvosi állásra az 1886. évi XXII. t. cz. 82. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t. cz. 144. §-a alapján pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása a f. évi március hó 27.-én tartandó vármegyei közgyűlés jóváhagyó határozatának fent artásával évi 2000 korona törzsfizetés, 600 korona úti átalány és 300 korona lakpénzben állapított meg.

A körorvosi látogatási díjak ra nézve valamennyi község részéről a következő egyezségi ajánlat tétetett:

A körorvos székhelyén az orvos lakásán való rendelkezést 50 fillér, a havonként egyszer minden községben teendő hivatalos látogatás alkalmával a község-házán teendő rendelkezést 50 fillér, a beteg lakásán helyben vagy hivatalos látogatáskor a községekben 1 korona, külön meghívásnál a fél által természetben adandó vagy megtérítendő megfelelő fuvaron kívül nappal 2 korona, éjjel 4 kor. díjazás illeti meg a körorvost.

A megállapított úti átalánnyal fedezni tartozik a körorvos a hivatalos látogatások, himlőoltási és járványok esetén szükséges rendkívüli hivatalos látogatásokhoz szükséges fuvarok költségét.

A megválasztandó körorvos a községektől kiszolgáltatandó javadalma-záson kívül a „Concordia” vasgyár és bányatársulattól évi 200 korona tisztelet-díjat élvez.

A körorvos választása az 1886. évi XXII. t. cz. 83. §-a értelmében Csetneken, a község-házánál f. évi április hó 6.-án d. e. 10 órakor megtartandó közgyűlésen fog megjelteni.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában előírt minősítésüket, valamint eddigi alkalmazásukat és illetőségüket igazoló eredeti okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz f. évi április hó 1.-éig nyújtsák be.

R o z s n ó, 1908. évi március hó 5. én.

3-1

Nagy Elemér, főszolgabíró.

Magánorvosi állás 1000 korona fix és mintegy 3000—5000 korona mellék-jövedelemmel azonnal átvehető. Egyedüli feltétel a lakbérleti szerződés átvétele. Czim: Kemény Salamon dr., Sopronlődvő.

681/908. sz.

Kisküküllő vármegye hosszúaszi járásába kebelezett Zsidve nagyközség községi orvosi állása üresedésben lévén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. és az 1883. évi I. t. cz. 9. §-ában előírt képesítésüket, valamint netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzájuk f. évi április hó 14.-éig adják be.

A választást f. évi április hó 15.-én Zsidve község-házánál d. e. 10 óra-kor fogom megjelteni.

Megválasztandó orvos állását legkésőbb május hó 1.-én köteles elfoglalni. Annak előrebocsátásával, hogy az orvos javadalmazásának rendezése most van foganatban s végleges rendezéshez még csak a törvényhatósági közgyűlési határozat szükséges, közlöm, hogy az orvos javadalmazása lesz:

Törzsfizetés a dsztmártoni m. kir. adóhív. havi előleges részletekben felvehető 2000 korona. A község által szolgáltatandó lakás, 2 szoba, egy rendelő szoba, konyha, kamra, megfelelő összes gazdasági épületek s kertből.

A hússzemle és halottkémlel díjtalan teljesítéséért 4 hosszú öl tüzifa.

Látogatási díjak: első látogatás a beteg lakásán 1 korona s minden további 50 fillér.

Az orvos lakásán 40 fillér.

Megjegyzem, hogy a községben gyógyszer-tár van.

H o s s z ú a s z ó, 1908. évi február hó 29.-én.

3-2

Fazakas Géza, főszolgabíró.

Az alulírott betegpénztárak Zernestén (vasuti állomás, kb. 4000 lakos, népes vidékkel) orvost keresnek, ki már gyakorlattal rendelkezik. A magyar és német nyelv ismerete szükséges. Évi díjazás 3600 korona, szabad lakás, fűtés, világítás. Mindkét gyár műszaki és kereskedelmi tisztviselői nem tagjai a betegpénztárnak, s kötelesek az orvost külön díjazni. Magánygyakorlat megengedve. Pályázatok az alulírott betegpénztárak valamelyikéhez, Zernest pr. Brassó küldendők.

A Brassói Cellulosegyár r.-t. betegpénztára.  
Copony Márton papirgyárának betegpénztára.

3-1

## HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú  
GYÓGYFORRÁS

# SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és  
köszvény-nél, a cukorbetegségnél, az emész-  
tési és lélegzési szervek hurutjainál.

**Húgyhajtó hatású!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipőczy Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

## Orvosokhoz kérelem!

2000 korona tiszteletdíjat fizetek azon orvosnak, a ki spondilitis-ből eredőleg, mindkét lábára felhűdéses, 14 éves leánykámnak állapotát komoly tanulmányozás tárgyává téve azt meggyógyítja.

5349

Bővebbet:

**Roósz Dániel úrnál**  
Központi Városház I. emelet 175. ajtó.

## ELADOK

4—5 HP Maurer Union Doctorwagen Automobilt  
üvegezett, levehető fedéllel 3500 korona.

## VESZEK

14—16 HP Maurer-kocsit. Genersich Antal dr.,  
Hódmezővásárhely.

5351

4931

## Otthon előállítható.

# Kefir



Védjegy.

Ezen a táplálkozás fokozására és testtáplálkozására szolgáló kiváló szer (Phthisis, Chlorosis, neurasthenia, recon alescentia) praeparált (nyers kaukázusi kefirből előállított) kefirfermentum segítségével minden háztartásban és minden évszakban kényelmesen és jól készíthető. Szétküldés használati utasítással „Tutár” védjegy alatt történik; 4—6 héten keresztül naponta 1 liter kefir előállítására elegendő mennyiség ára 4 марка, bérmentve 4.20 марка. Prospektus díjmentesen.

**Dr. M. LEHMANN, Berlin C.**

Heiligegeiststrasse 43/44.

## „GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 93% Extr. Thym. és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyulladásoknál, nemkülönben typhusos tüdőinfiltrationál.

Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője **JENCS VILMOS** gyógyszerész,  
Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

# EGGER EMULSIÓ

KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY



Kérjük az orvos urakat, hogy az ismert és kedvelt

## kaliforniai füge-szörp

hashajtó rendelésénél határozottan a



# „Califig“

szóvédjegyet írják elő, mert ezen néven csak a

California Fig Syrup Company, San-Francisco

készítménye nevezhető.

Használati utasítás minden gyógyszer-tárban kapható.

1/1 üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

## California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31—32, Snow-Hill.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszer-tára BUDAPESTEN, Király-utca 12.

4361

Orvosi minták ingyen és díjmentve.

# „Phosphatine Falières“

főlülmulhatatlan tápszer.

3991

„Bayer“

## CONTRATUSSIN

„Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a  
**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
Budapest, VI., Andrásy-út 84.  
Minden gyógyszer-tárban kapható.  
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

4036

## Tuberculosisnál és hurutos bajoknál

a vízben oldható, jó ízű és kitűnően emészthető  
Guajacol-készítmény:

## Syrupus Guajacoli comp. Hell

Synonim: **sphthisin** szörpalakban vagy

## Capsulae Guajacoli comp. Hell

3270

Synonim: **sphthisin** kapsulákban

legjobb sikerrel alkalmaztatik.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

## Kunnia-forrás

természetes, alkalikus,  
sós savanyúvíz. 3602

Ezen gyógyvízben az uralkodó alkatrészek mennyisége (19-6794 gm. egy literben), aránya olyan, hogy mellette úgyszólván eltörpül a csoport többi kiváló vize. Konyhasótartalma (7 gm. egy literben) valamennyi vizét felülmúlja. Nagy előnye a víznek hygienikus tisztasága. Nagyon kellemes ízű és könnyen emészthető. 4489  
Főraktár: Édeskuty L., Budapest. — Kútkezelőség: Brassó.

## MARGIT GYÓGYFORRÁS

(„Margittelep” Bereg megye)

a gyomor, belek, húgyhólyag s különösen a  
légzőszervek hurutos bántalmainál igen jó  
hatású még akkor is, ha **vérzések esete** forog fenn.

Megrendelhető: **Édeskuty L.**-nél Budapesten  
és a forrás kezelőségénél Munkácson.

3652



## Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénforrások. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, vizgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága, Budapest-Budán. 5043

Málnási

## Mária-

forrás

Természetes alkalikus  
sós savanyúvíz.

A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: **ÉDESKUTY L. BUDAPEST.**

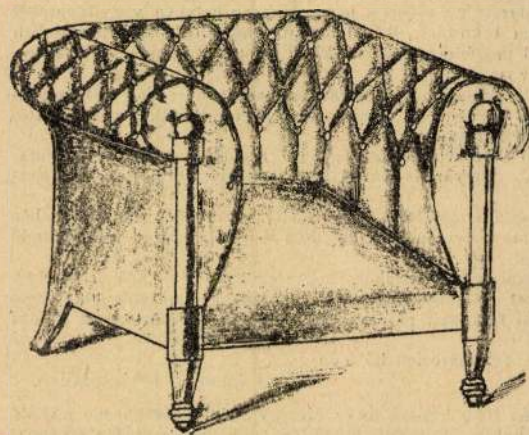
Budapesti képviselő:

4486

**Nádas Márton.**

Kútkezelőség: Brassó.

# „Börbutoripar“



Kendi Antal  
Budapest,

IV., Sütő-utca sarok.

Angol börbutor

készítése, festése és renoválása saját műhelyében. 5251

Ebédlozések,

irodafotelok valódi bőrrel.

Ülőbutor-állványok kárpitozásra.

Székátalakítások.

A **Guajacol-készítmény** a legmegbízhatóbb és legjobban emészthető Guajacol-készítmény, mely a búkkfa és a kátrány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kárium és 1 rész petrosulfol-ammoniumból áll.

Adag: 3-4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3-4-szer napjában 1-2 tokoeska.  
**Irodalom:** „A tüdőtuberculosis kezeléséhez”, Medic.-Chirurg. Centralblatt 1902. 9. sz. — „Adatok a tüdőbajok kezeléséhez”, Aertzliche Centralzeitung 1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosus bajainak kezelése”, Aertzliche Centralzeitung 1902. 41. sz. — „Adat a tüdőtuberculosis rationalis kezeléséhez”, Wiener med. Presse 1902. 45. sz.; Medicin-Chirurgisches Centralblatt 1902. 44. sz.; Leipzig. Reichs Medic.-Anzeiger 1903. 12. sz.

Irodalom és minta kívánatra rendelkezésre állanak.

Ára egy üvegnek 3 kor., betegpénzt. csomagolásban 2 kor., egy doboz tokoeska 2 kor.

**Betegpénztárak és szegényebb betegek részére szíveskedjék rendelni:**

Syrup Guajacoli comp. Hell  
lag. min. (2 kor.)

(OH 1)

A gyógyszer-tárak csak orvosi rendelésre adják.

**G. Hell & Comp., Troppau u. Wien.**



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hógyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

**Mellékletei:** SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcsi Schwartzner Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Dollinger Gyula: A Gasser-dúc kiirtásával és a háromosztatú ideg ágainak resectiojával elért eredmények. 194. lap.

Kentzler Gyula: Közlés az I. sz. belorvostani klinika laboratóriumából (Igazgató: Korányi Frigyes dr., ny. r. tanár.) A typhus-coli bakteriumesort agglutinatioja icterusban. 196. lap.

Ficker Rezső: Klinikai tanulmány a gonococcusról. 198. lap.

Lenkei Vilmos Dani: A napfürdő hatása a test hőmérsékére. 201. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Vámosy Zoltán, Fenyvessy Béla és Mansfeld Géza: Gyógyszertan. — Lapszemle. Belorvostan. Bönniger: A gyomorfekély kórielzése. — Walko: Idült pankreatitis. — Jemna: Meningitis tuberculosa gyógyult esete. — Idegkórtan. Gowers: Petroleumgőz okozta mérgezés. — Knapp:

A középponti scotoma a tabesban. — Sebészet. Wohlgemuth: A pankreas-sípoly gyógyítása. — Lanz: A Mc Burney-féle pont viszonya az appendix eredéséhez. Zangemeister: A mastitis kezelése szívókészülékkel gyermekágyasokon. — Szülészet és nőorvostan. R. Freund: A placenta praevia. — Bőrkórtan. P. G. Unna: A gyapjúszíradék hydrophiliája és az eucerin, a gyapjúszírból újonnan előállított kenőcsalapanyag. — Fül-orvostan. Uffenorde: Otogen sinus thrombosis esete, tünet nélküli lefolyással. — Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra. Jaquet: Diabeteseznek való kenyér. — Becker: Szer heveny közvényroham ellen. — Alvens: A sószevény diéta a gümőkóros hashártyalobban. — Geigel: Az ásitás prognostikai jelentősége. 204—208. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 208. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 208. lap.

Tudományos társulatok és egyesület k. 209—210. lap.

Melléklet. A Pearson et Co. cég prospectusa: Hogyan kell „Jodvasogen“-t belsőleg bevenni. — F. Hoffmann-La Roche & Cie cég „Digalen“ készítménye

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A Gasser-dúc kiirtásával és a háromosztatú ideg ágainak resectiojával elért eredmények.<sup>1</sup>

Irta: Dollinger Gyula dr., egyet. ny. r. tanár.

Uram!

Fogadják hálás köszönetemet azért a megtiszteltetésért, a melyben részesítettek, a midőn az Association française de chirurgie ezidei congressusára meghívtak és felszólítottak, hogy Önök előtt előadást tartsak. Igyekezni fogok azon idő alatt, a melyet hárszabályaik megengednek, azon tapasztalataimról beszámolni, a melyeket a trigeminusneuralgiákban az idegágak resectiojával és a Gasser-dúc kiirtásával elértem.

\* \* \*

Az utolsó 10 esztendőben a vezetésem alatt álló klinikán 14 betegnek 21 trigeminuságát reszekáltam és 22 betegnek a Gasser-dúcát irtottam ki.

Lássuk először az idegresectiokat.

Az alkalmazott műtét eljárások mind ismeretesek. Valamennyi esetben az ideg központi részét a kitárt legmélyebb helyen erős csipőbe fogtam és Thiersch módszere szerint központi és környéki részéből annyit húztam ki, a mennyit lehetett. Az eltávolított ágak hossza többnyire több centimetert tett ki. A nervus supraorbitalis az orbita hátulsó végében, az infraorbitalis a csatornában, a nervus buccinatorius intrabuccalisán Holl szerint, extrabuccalisán Zuckerkandl szerint, a nervus mandibularis a csatornában, a nervus mandibularis és a nervus linguistis Horsley szerint az incisura mandibulae mélyítésével közelítettem meg. Nem vettem igénybe azon műtéteket, a melyek a koponyaialapot szabaddá téve, a főtörzseket a koponyából való ki-

lépésük helyén reszekálják, mert ezeket a Gasser-dúc kiirtásánál legalább is nem tartom kevésbé veszélyeseknek.

Az eredmény a következő:

Meghalt 1 beteg, a kin 4 napi időközben kétszer fogtam hozzá, hogy a Gasser-dúcát kiveszem, de mind a kétszer az emissaria Santoriniból olyan erős vérzés támadt, hogy a dúcnak még a közelébe sem jutottam és azért a nervus infraorbitalisát reszekáltam. A beteg delirium tremens potatorumban egy örízetlen pillanatban letépte a kötést, a sebet széjjeltúrta, ennek folytán orbitális genyedést kapott és 8 nap múlva pyaemiában meghalt. A többi beteg meggyógyult. Közülük 4-nek további sorsáról nem tudunk felvilágosítást kapni. A fennmaradó 9 beteg közül egy supraorbitalis neuralgiában szenvedő beteg 6 évvel a műtét után csak bizsergést érez. Ez az egyetlen beteg, a kit gyógyultnak tekinthetünk. A többi közül a III. ág neuralgiájának egy esetében, a melyben egy ülésben reszekáltam a nervus mandibularist, buccinatoriust és auriculotemporalist, a fájdalmak a műtét után épen olyan erősek voltak, mint azelőtt, úgy, hogy 7 hét múlva eltávolítottam a Gasser-dúcot, míg a többi beteg mind 1/2—1 1/2 évvel az idegresectiók után recidivát kapott s közülük 4-nek később távolítottam el a Gasser-dúcát. Van még egy betegem, a kinek infraorbitalis neuralgiája recidivált, de a ki azután előbb hemiplegiát, majd paraplegiát kapott s ekkor elmúlt a neuralgiája. Ezt a problémás gyógyulást nem hozhatom oki összefüggésbe a műtéttel. Tudom, hogy vannak sebészek, a kik jobb eredményről tettek közléseket, de mivel az egy supraorbitalis neuralgia kivételével a többi műtett beteg mind recidivált, az utolsó években mindinkább megérlelődött bennem az a meggyőződés, hogy különösen a II. és III. ág neuralgiáiban az idegresectio csak palliatív műtét.

Belorvos- és ideg orvos-kollegáim hasonló szomorú képet adnak a trigeminusneuralgiák gyógykezelésének eredményeiről. Jendrassik nem említi számokat, de azt mondja, hogy a laudanumkúra tiszta esetekben egyszer kitűnően beválik és 8—10, talán még több óra terjedő szünetet eredményez. Ekkor, ha recidiva áll be, más szerhez folyamodunk, arsen, nitroglycerin stb., a melyek ismét egy-egy kúrában beválnak. Schaffer tanár a galván-, esetleg

<sup>1</sup> Előadta a Francia Sebészek XX. congressusán 1907 szeptember havában Párisban.



a fáradós árammal kezeli betegeit, a mely kezeléssel több évre terjedő szüneteket ért el. Kiújulás esetén ugyancsak a villamos áram alkalmazására újabb szünet áll be, a mely többnyire rövidebb, pl. néhány havi vagy 1 évi tartamú. Számszerinti adatokkal nem rendelkezik. Moravcsik Ernő tanár pedig 175 heveny arcidegzsába esete közül meggyógyított ugyan 12-t, de a chronikusok közül, a melyekről a sebészeti gyógykezeléskor szó van, belorvostani kezeléssel csak egyetlen egyet gyógyított meg.

Minthogy mindezen adatokból az következik, hogy az idült trigeminusneuralgiákat akár belső szereléssel, akár az ágak resectiojával meggyógyítani csak kivételesen sikerül, az utolsó években, ha csak egyéb műtéti contraindicatio nem állott fenn, az ágak resectiojáról lemondtam és azonnal a Gasser-dűz kiirtását hoztam javaslatba.

\* \* \*

24 esetben fogtam hozzá a Gasser-dűz kiirtásához. Minden esetben a neuralgia igen régi volt. Volt 10, 15, 18, 20 éves. Csupán egy volt  $1\frac{1}{2}$  éves és egy igen erős neuralgia 4 hónapos. A 24 eset közül egy esetben erős diploévrzés miatt, egy másikban pedig az emissaria Santoriniból származó nagyfokú vérzés miatt a műtétet végleg abban kellett hagynom a nélkül, hogy a Gasser-dűz közelébe juthattam volna. 22 betegnek a Gasser-dűzét eltávolítottam. Közülük egy 59 éves nő 8 nappal a műtét után agyvelőtűnetek közt meghalt. Fájdalom, boncsolás nem történt. A többi 21 beteg meggyógyult.

A műtétet a Krause-Horsley módszere szerint végeztem, a melyen később egynehány módosítást ejtettem. Ezekről a műtét egyes fázisaiban lesz szó. A műtét általánosan ismeretes s ezért részletezésébe nem bocsátkozom. A műtétet elejétől végéig a vérzés dominálja. Ez a műtét minden szakában igen jelentékeny lehet. A temporális lebeny kimetszésekor az arteria temporalis ágai néha olyan erős vérzést okoztak, hogy egy esetben 15 perc kellett a csillapításához. Csökkenthetjük a vérzést, ha a metszést a fül előtt kezdjük és a halántékverőeret lekötjük. Utolsó esetben a carotis externát kötöttem le előzetesen; ezen esetben verőeres vérzés nem volt.

A csontlebenyt vésővel készítem. Ez gyorsan megy és kevesebb a vérzés, mintha fűrészzel dolgozunk. A csontlebeny 2 esetben leszakadt az izomról, egyben pedig készakarva távolítottam el. Ezt nem ajánlom, mert a helyén lüktető besüppedés marad vissza, a mi nem szép.

A diploéból néha szerfelett erős a vérzés. Azon két eset közül, a melyben a műtétről lemondtam, az egyik diploévrzés volt. A vér csak úgy dült s a lebenyt végre is fel kellett hajtanom és a műtét folytatásáról le kellett mondanom, a nélkül, hogy a durát felemeltem volna. A halántéklebeny lehajlítása elég szabad betekintést nyújt, sem a járomívet nem véssem át, sem a koponya-alapot nem resekáltam. A dura mater felemelésekor az emissaria Santoriniból indul meg többnyire a vérzés. A második be nem fejezett esetben ilyen vérzés gátolta meg a műtét folytatását. Még egy esetem volt, a melyben ez a vérzés olyan erős volt, hogy a koponyaüreget becsuktam, 4 nap múlva azonban jelentékenyebb vérzés nélkül mégis eltávolítottam a Gasser-dűzöt. Ez volt az egyedüli esetem, a melyben a műtétet két szakaszban végeztem, a többiben mindig egy narcosisban fejeztem be a dűzkiirtást. 3 esetben, a melyekben a vérzés az emissaria Santoriniból erős volt, a szokásos 10/00-os adrenalinba mártott tampon nyomtam a vérző helyre, mire a vérzés csekélyebb lett, úgy, hogy a műtétet befejezhettem. A mikor a csontlebenyt lehajlítottam, a koponyát a segéddel úgy fordítatom, hogy a sebnylás lefelé tekintsen, s így a vér a koponyából kifolyjon. A dura felemelése közben és utána homlokreflectorral alulról vetitem be a fényt. Így, ha a vérzés nem jelentékeny, a vért a koponyából szabadon ki hagyom folyni és gyorsan tovább dolgozom. Ez gyorsabbá teszi a műtétet, mintha a vért folyton ki kell mártani.

Az arteria meningéának a durában fekvő ágaiból származó vérzésekkel lekötéssel vagy aláöltéssel gyorsan el lehet banni. Ennél sokkal több veszéllyel jár az arteria meningea törzsének lekötése ott, a hol a foramen spinosum belépve, a durára átmegy. A melyben a szűk résben a lekötés kissé időrabló. Ezért már az 1900. évben az iránt tettem vizsgálatokat, hogy ezt a le-

kötést nem lehetne-e elkerülni. 100 felfűrészelt koponyának megvizsgálása arra az eredményre vezetett, hogy az esetek legnagyobb részében a foramen spinosum annyira a foramen ovale mögött fekszik, hogy az arteria meningea media még akkor sem gátolja meg a dűz kivételét, ha a verőeret nem kötöm le. Első műtétet az arteria meningea media lekötése nélkül 1900 márczius hó 16.-án végeztem, míg Cushing amerikai sebésznek hasonló ajánlata csak 1900 április hó 28.-án jelent meg. Közleményem, a mely ezt az eljárást leírja, a Centralblatt für Chirurgieban jelent meg.<sup>1</sup> Ez időtől fogva 16 Gasser-dűzöt az arteria meningea media lekötése nélkül távolítottam el.

Azonban néha az arteria meningea media nagyon gyenge, úgy, hogy a dura felemelése közben, mialatt a lekötéshez fogunk, leszakad. 4 ilyen esetem közül egyben az erős vérzés miatt az arteria carotis communis lenyomása mellett lekötöttem a carotis externát, 2 esetben pince be fogtam a lüktető verőér végét, mire a vérzés elállott, egy esetben pedig a leszakadt verőér nem vérzett.

Sinusvérzés minden esetben volt, kivéve az utolsóelőttit, a mely esetre azonnal visszatérek. A trigeminus I. ága a sinus cavernosus oldalsó falában fekszik. A mikor a II. és III. ág átmetszése és a dűz lefejtése után azt kihúzzuk, kihúzzuk egyúttal az első ág egy részét is és ekkor megnyitjuk a sinust. Hogy ezt elkerüljük, utolsó 2 esetben az arteria meningea media, illetőleg a carotis externa lekötése után a verőeret átvágtam s azután a II. és III. ág átmetszése után kitágítottam azon részt, a melyen át a tentorium cerebelli alól a trigeminusgyök a Gasser-dűzhez lép és most elevátorral alányúlva, a trigeminusgyököt kihúztam. Most a dűz csak az I. ágon lógott, a melyet egészen a dűz mellett elvágtam. Egy esetben sikerült ez a nélkül, hogy a sinust megnyitottam volna, négyben azonban nem elég közel a dűz mellett metszettem át az ideget és a sinust mégis megsértettem.

Azonban ezen két esetem arra tanított meg, hogy az arteria meningea media lekötése után a dűz eltávolítása előtt is ki tudom húzni a trigeminusgyököt, úgy, hogy legközelebbi esetben meg fogom kísérteni a dűz meghagyásával csak a trigeminusgyököt kihúzni.

A ganglionnal együtt több esetben kihúztam a trigeminusgyököt is, a mely egy esetben 2.5, egyben 3.5 cm. hosszú volt, egyben pedig a vastag érzőgyök 3, a mozgató vékony gyök pedig 5 cm. hosszú volt.

A Gasser dűz felemelésekor egy esetben erős vérzés volt.

Négy esetben igen nagy nehézségekkel dolgoztam, úgy, hogy a dűzöt csak darabokban tudtam kihozni. Mindenesetre fontos, hogy a koponya becsukása előtt a cavum Meckelit revideáljuk, vajjon üres-e. De ez maga nem elegendő, mert néha a dűz a durával erősen össze van növe, a dura felemelésekor vele együtt hagyja el a koponya-alapot és nehezen emelhető le róla. Ekkor a II. és a III. ág kilépési helye igazít útba, a honnan az idegágak a dűzhez felemelkednek. Épen az ilyen esetekben történhet meg, hogy a sinusfalban elrejtett I. ág összeköttetése hátrafelé, a gyök felé, a dűz legnagyobb részének kiirtása ellenére megmarad. Azért az ilyen esetben tanácsos, hogy a cerebellum alól kihúzzuk a trigeminusgyököt, a mint azt utolsó eseteimben meg is tettem.

Régebben a vérző sinusra tampon nyomtam, melyet 3-4 napig a koponyaüregetben hagytam. Ez azonban nem szükséges, mert az agyvelő csakhamar ismét kitölti a rést, a mely felemelése által keletkezett és ezért csupán arra az időre helyezek mulltampon a koponyába, a míg a sebet bevarrom, és ekkor sem nyomom reá erősen a sinus cavernosusra. A tampon vége a kötés alatt kicsúg a sebből s a bőrlebeny varrásának befejezése előtt kihúdom.

A műtét alatt vigyáznunk kell a sinusra, hogy reá sem a spatulával, sem az elevátorral a dűz leválasztása közben, sem a tamponnal nagy nyomást ne gyakoroljunk. Egy esetben alkalmasint ilyen nyomás folytán oculomotoriusbénulást, 3 esetben pedig abducensbénulást okoztam a betegnek, a mely bénulások ugyan elmúltak, de az előbbeni esethez csatlakozó ptosis ugyancsak kellemetlen volt, sőt több évig maradt meg.

Egynehány esetben a dura megszakadt és agyvíz folyt

<sup>1</sup> Die intracranielle Entfernung d. Ganglion Gasseri ohne Unterbindung der Arteria meningea media. Centralblatt für Chirurgie, 1900, 44. szám.



ki. A kifolyás 2—4 napig tartott, a kötés folyton átázott. Semmi agyi tünetet ez nem okozott.

Hogy a beteg az érzéketlen szemébe ne nyúljon, addig, a míg a chloroform-eszméletlenség tart, bekötjük a műtött oldalon a szemet; mielőtt az öntudat visszatért, a kötetést eltávolítjuk és a szemet nyitva tartjuk. Ha a beteg elég erős, hogy az ágyát elhagyhassa, ezt a műtétet követő naptól kezdve megengedem.

\* \* \*

Közvetlenül a műtét után a következő észleleteket tettem:

A legtöbb beteg még egynehány napig érez az idegágazás területén csekély bizsergést, csekély fájdalmat, de a neuralgiának a műtét után azonnal vége van. Egyébként a megfelelő arc- és nyálkahártyafél érzéstelen volt. Egy betegen az arc a műtét után is érzékeny és fájdalmas és kettőn az érzés alig csökkent. Egy esetben a conjunctiva rendes érzékenysége mellett a száynyálkahártya és a nyelv érzéstelen. Hat betegünkön enophthalmus fejlődött a műtét után. Egy esetben enophthalmus mellett a cornea mégis érzékeny maradt. Volt esetünk, a hol az arc teljes érzéstelensége mellett a két pupilla egyenlő maradt, míg 5 betegen a műtét után a műtött oldalon pupillaszűkülést állapítottunk meg. Egy esetben azonban ez a Horsley-műtét után is bekövetkezett és ezen esetben később a Gasser-dűcz kiirtása után a pupilla kitágult. Egy esetben a pupilla a műtött oldalon tágult volt; egy esetben a műtét előtt facialisbénulás volt jelen. Itt 2 $\frac{1}{2}$  héttel a műtét után corneális fekély fejlődött, a mely később, a midőn a beteg szemhéjait a szemészeti klinikán 5 hónapra összevarrták, meggyógyult. A szem megmaradt, a beteg iridectomia után látóképes.

Egy betegen a műtét után oculomotoriusbénulás támadt, a mely később elmúlt. Az abducensbénulás 4 esetben kettős látás mutatkozott, a mely néhány hét alatt elmúlt, de egy betegen még 2 év múlva is megvan, egy másikon pedig még 10 év múlva is konstatalható vörös üveggel. Ezek azon betegek, a kiken sinus-vérzés miatt a koponya alapot tamponáltam. Egy betegen a műtét után, a míg a klinikán volt, fokozott verejtékezés volt a beteg oldalon hosszabb ideig.

\* \* \*

A 22 beteg közül a műtéttel kapcsolatban meghalt 1 beteg, évekkel később meghalt 4, a kérdőlevelekre nem válaszolt 2, életben van és válaszolt 15 beteg. Ezeket a következő elváltozások jelentkeztek a Gasser-dűcz kiirtása következtében:

Valamennyi betegen, a kit megvizsgálhattunk, a halántékizom és az összes rágóizmok a műtött oldalon sorvadtak. Ennek folytán a halánték és a masseter-tájék besüppedt és a járomív jobban kiemelkedik, mint az ellenoldalon. Az egyoldali rágóizmok sorvadásának következménye, hogy a száj kitátásakor az alsó állkapocs 5—10 milliméternyire kitér a beteg oldal felé, és hogy a beteg a műtött oldalon nem rág. Ennek az oka az, hogy a műtött oldalon a száj és a nyelv nyálkahártyája érzéstelen, a beteg nem érzi a falatot és nem tudja úgy forgatni, hogy kellőleg a fogak alá jusson s ezért a betegek valamennyien kizárólag az egészséges oldalukon rágának. A műtött érzéstelen oldalon fogkö rakódik le.

Három esetben az izmok zsugorodása következtében részleges szájzár állott elő. A betegek szájukat csak 22—26 milliméternyire tudták kinyitni.

A Gasser-dűcz kiirtása után jelentkező kiesési tünetek nem egyeznek teljesen azokkal, a melyeket a spontán trigeminusbénulás után észleltek. Így például a trigeminusbénulás tünetei között azt találjuk, hogy a beteg fogai a béna oldalon idővel spontán kihullanak. Betegeim közül egynek sem hullott ki a műtét után foga, ámbar azóta 6, 8, 9 év is telt el. Azt sem tapasztaltam egy esetben sem, hogy trophiás zavarok állottak volna elő a száj nyálkahártyáján. A tapintási érzés és a fájdalomérzés a műtött arczfel nagyobb kiterjedésében 12 beteg közül 7-en megszűnt. A betegek ezen érzéstelen területeken bizsergést, némelyek csekély nyomást éreznek. Egy betegem műtött arczfele a léghez iránt érzékeny, egy másiké nagy hidegben fáj. Három betegemen a műtött oldalon a tapintási érzés nem szűnt meg, hanem erősen csökkent, kettőn az érzés az arc egészséges oldalához képest jelenleg, 6 évvel a műtét után, semmit sem változott.

Három betegnek a hőérzése fokozott. A bőr a műtét után

hosszabb idővel is olyan, mint az ellenoldali, csupán egy betegemnek a műtött arczfele volt több évvel a műtét után tele comedóval.

A szem részéről a következő elváltozásokat állapítottam meg:

Közvetlenül a műtét után 6 betegről jegyeztük fel, hogy enophthalmus mellett a pupilla szűkebb volt. Ez később kiegyenlítődt, de 2 betegemnek még 7—8 évvel a műtét után is volt kisebbfokú enophthalmusa. A szemrés is 2—3 milliméterrel kisebb az ellenoldalánál.

A szaruhártya és a conjunctiva érzéstelen, de egy betegemen az érzés csak csökkent, kettőn pedig megvan.

Egy betegemnek kisebbfokú facialisparesise is van, a mely már a műtét előtt is megvolt. A szemrés most is 3 milliméterrel hosszabb mint az egészséges oldali. Ezen betegen a műtét után 3 héttel keratitis keletkezett, a mely a szemrés bevarrása után corneális heggel gyógyult úgy, hogy most iridectomia laterális után lát. Egy másik betegünkön 5 évvel a műtét után otthon a szem elhanyagolása következtében keratitis keletkezett, a mely a szem perforatiojára vezetett.

Az ornyálkahártya a műtött oldalon rendszeren érzéstelen; egy betegé érzékeny. A könnymirigy és az ornyálkahártya elválás-tása, különösen külső ingerekre, így nagyobb hidegben vagy nagyobb melegben, fokozott. A betegek orra csepeg, mert nem érzik, a mikor a csepp az ornyálkahártyán alászáll és nem tudják, mikor kell az orrukot kifújniok.

A pofa, kemény szájpád, lágy szájpád, a nyelv és a nyelv-alatti tájék a műtött oldalon érzéstelen. 3 esetben az érzés nem hiányzik teljesen, csak csökkent.

A nyelv hegyének és oldalának ízérzése a műtött oldalon több esetben egészen eltűnt, míg némely esetben csak megfogott úgy, hogy a beteg ízt érez, de a kvalitását hamisan jelzi.

Egynehány beteg a műtött oldalon néha fülzúgásról panaszkodik.

Ezek azon elváltozások, a melyek mint a Gasser-dűcz eltávolításának következményei visszamaradnak, de az általuk okozott kellemetlenségek olyan csekélyek, hogy betegeinket semmiképen sem zavarják és minden betegünk hálálkodva emlékezik meg a műtétről, a mely reá nézve az életet ismét élvezhetővé tette, mert valamennyinek a neuralgiája meggyógyult.

Végül köszönetet mondok ifjabb Imre József dr. orvos úrnak, a ki az utólagos adatgyűjtés munkáját velem megosztotta.

Közlés az I. sz. belorvostani klinika laboratóriumából.  
(Igazgató: Korányi Frigyes dr., ny. r. tanár.)

### A typhus-coli bakteriumcsoport agglutinatioja icterusban.

Irta: *Kentzler Gyula* dr., I. belklinikai gyakornok.

Ujabb időben, midőn a Vidal-Gruber-féle agglutinatio értékelése czéljából pontos vizsgálatot végeztek, feltűnt, hogy typhus agglutinatio állott be néhány oly esetben is, a melyben a typhusnak semmiféle klinikai tünete sem állott fenn, s a betegség lefolyása sem bizonyított typhus jelenléte mellett. Ez némely esetben annál feltűnőbb volt, mert előző typhust sem lehetett a körelőzményben kimutatni. Ily agglutinációt találtak lázas, icterussal járó betegségekben, Weil-féle kórban, cholangitis infectiosában, egyszóval oly megbetegedésekben, melyeknek székhelye nem a belekben, hanem a májban vagy az epehólyagban van és a melyekben ezen betegségeknek állandóan kísérő tünete, az icterus volt jelen.

Közfelfokvó gondolat volt, hogy talán az icterusos vérsavó, vagy az epe maga, talán a benne levő organikus taurocholsav és glycocholsav tud oly hatást kifejteni, mely a typhusbacillusokat agglutinálja. Valóban találunk is idevonatkozó adatokat az irodalomban. Így *Köhler* azt írja, hogy az emberi és állati epe főleg koncentrált állapotban tudja a typhusbacillusokat agglutinálni, sőt állítólag taurocholsavas natr.-nak intravenosus oltása a kísérleti állatok savójában speciális typhusagglutininnek képződését idézte elő. *Langstein* és *Meerwein*, *Joachim*, *Megele*, *Eckhardt*, már előzőleg *Grünbaum*, *Zupnik*, továbbá *Eisenberg* és *Keller*, *Honl* és mások pedig eseteket írnak le, melyekben typhus biztosan ki volt zárható, a betegekben részint lázzal járó, részben láztalan lefolyású, icterussal szövődött máj- és epehólyagban-



talmak folytak le, a vérsavó pedig néha elég magas hígításban, például *O. Rostoski* esetében egyszer 1:1000 hígításban is, legtöbbször 20-szoros hígítás felül typosos Vidal-agglutinációt adott, a mely lelet tehát a reakciónak fajlagosságát kissé más világításba helyezné, mint eddig hitték.

A további vizsgálatokból, melyeket különösen *Königstein*, *Steinberg*, *Gilbert* és *Lipmann* végzett, kiderült, hogy az icterusosak savója a typhusbacillusokat nem tudja erősebb fokban agglutinálni, mint akár a normális emberek vérsavója és ők és *Stern* is úgy magyarázzák az esetleg észlelt agglutinációt, hogy azok a vérsavók, melyek ezen agglutinációt előidézték, valamely oly kórokozó bakterium által termelt másnemű agglutinin tartalmaztak, mely egyúttal a typhusbacillusokra is tudott hatni, a mint ezt az újabb időben észlelt csoportos reakciók (Gruppen-reaction) alakjában több ízben észlelték.

Részben ezen ellentétes nézetek, de még az a gondolat, hogy ezáltal esetleg az icterus catarrhalis és a cholelithiasis eredeti kórokozóját megtalálhatom, vezetett jelen vizsgálataim megjelölésére; az utóbbi betegségben főleg azért, mert epekövek belsőjében igen gyakran lehet különféle bakteriumokat találni, melyek gyakran az epekövek magvát alkotják és mint ilyenek a kőképződést megindítják.

Vizsgálataimat azonban nemcsak a typhusbacillussal, hanem a két paratyphusbacillussal és a bakterium colival is végeztem. Ezek közül a typhusbacillus egy typhusbeteg vérből kitenyésztett törzs volt, a két paratyphustörzset a Kral-féle laboratórium törzséből tenyésztettem tovább, a *b. coli* normális székletéből lett a kellő differenciálás megejtése után, az identifikálásra vonatkozó összes kautelák megejtésével kitenyésztve.

Az agglutinációt makroszkopi reakcióval vizsgáltam, mert így a recetio elég tisztán kivethető és elkerülhetem az esetleges autoagglutinációt, mely kellő kontrol megejtése nélkül a mikroszkop alatt sokszor tévedésekre ad alkalmat. Eleinte a makroszkopi reakciót Ficker-féle diagnosticummal végeztem. Részben ennek költséges volta, részben pedig kissé nehézkes hozzájárulása miatt azonban másféle makroszkopi reakciót kellett választanom. Erre igen alkalmasnak látszott *Ruediger eljárása*, mely lényegében abból áll, hogy 100 gm. 24 órán át tenyésztett bouillontenyészethez 1 cm<sup>3</sup> formalint adunk, a mivel a kultúrában foglalt bacillusok életnek a nélkül, hogy agglutináló voltak zavart szenvedne. Az eljárást előbb kipróbáltam. A formalin hozzáadása után a bouillonkulturát 24 órára újra thermostatba helyeztem, majd ennek az időnek lezajlása után tenyészeteket készítettem, melyek azonban teljesen sterilek maradtak, jelétül annak, hogy a formalin a bacillusokat teljesen elpusztította. Az agglutinálható képességet egy 30,000 titerű typhus-immunsavóval vizsgáltam meg, a mikor is kitűnt, hogy az így készített diagnosticumok agglutinálható volta a kulturáktól nem különbözik fokbelileg sem; az agglutinatio e hígítás mellett ugyancsak beállott és a kontroloktól nem különbözött. Ezen eljárásnak az az előnye, hogy teljesen veszélytelen a vele való bánás, míg az élő typhusbacillusokkal való vizsgálatkor nem nélkülözhettem volna bizonyos kautelákat, hogy fertőzést ne idézzek elő. Ugyanoly eljárással készítettem a paratyphus A, paratyphus B és colidiagnosticumot is. Az így készített diagnosticumok a vizsgálat egész tartama alatt megtartották agglutinálható voltukat, a miről időről időre megejtett vizsgálattal győződtem meg.

A vizsgálatokat összesen 30 esetben végeztem. Ezen esetek között cholelithiasis volt 12 és pedig 7 icterus nélkül, 5 icterussal együtt, ez utóbbiakból kettőben lázak is állottak fenn. Icterus catarrhalis 5 eset volt (ezek közül 1 gyermek), carc. hepatis 4 eset, hepatitis 3 eset, ezekből kettőben icterus is volt, decompensációs billentyűbántalomhoz csatlakozó icterus 3 esetben volt jelen, ezenkívül egy esetben egy 6 hó óta fennálló choledochus elzáródásban szenvedőnek és egy esetben egy Banti-kóros betegnek vérsavóját vizsgáltam meg. Az esetek anamnesisében typhus sohasem volt található és így az esetleg beálló agglutinációt vagy a szervezeten a vizsgálat alatt meglevő infectio, vagy a fennálló icterusra lehetett csak visszavezetnem.

Erősebb hígításban azonban agglutinatio sohasem állott be. A könnyebb áttekinthetőség kedvéért vizsgálataim eredményét a következő táblázatokban állítottam össze:

I. tábla. Vizsgálatok typhusbacillusokkal:

A betegség neve	Savóhígítás											
	1:2	1:4	1:6	1:8	1:10	1:12	1:14	1:16	1:18	1:20	1:22	1:24
Carc. hepatis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Icterus catarrhalis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Vitium cord. cum ictero	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Obstructio choledochi	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Morbus Banti	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Hepat. chron. cum ictero	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Hepat. chron. sine ictero	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Cholelithiasis sine ictero	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Cholelithiasis cum ictero	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Cholelithiasis cum ictero et cum febre	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

1 + = positiv reactio; - = negativ reactio.

A legmagasabb agglutinációs titer 1:20 volt 5 esetben és pedig 2 icterus catarrhalisban, 2 sárgaság nélküli epekőkölikában és egy esetben, a melyben a sárgaság a duct. choledochus elzáródása folytán már 6 hó óta fennállott. Különben az agglutinatio foka mindig alacsony volt, 14-szer tízszeres, 8-szor még kisebb hígításban állott csak elő.

II. tábla. Vizsgálatok paratyphus A bacillusokkal:

A betegség neve	Savóhígítás											
	1:2	1:4	1:6	1:8	1:10	1:12	1:14	1:16	1:18	1:20	1:22	1:24
Carc. hepatis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Icterus catarrhalis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Vitium cordis (cum ictero)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Obstructio choledochi	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Morbus Banti	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Hepatitis chron. sine ictero	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Cholelithiasis sine ictero	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Cholelithiasis cum ictero	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Chol. c. ict. et cum febre	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

A paratyphus A bacillusokkal végzett vizsgálatokban az agglutinatio legfeljebb 1:18 hígításban a chronikus choledochuselzáró-



dásban szenvedő betegben volt feltalálható. 23 esetben az agglutinatio 10-nél alacsonyabb hígításban állott csak elő.

III. tábla. Vizsgálatok paratyphus B bacillusokkal:

A betegség neve	S a v ó h í g í t á s												
	1:2	1:4	1:6	1:8	1:10	1:12	1:14	1:16	1:18	1:20	1:22	1:24	1:26
Carc. hepatis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Icterus catarrhalis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Vitium cordis (cum ict.)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Obstructio choledochi	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Borbus Banti	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Hepatitis chron. cum ict.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
" sine "	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Cholelithiasis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
" cum "	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Chol. cum ict. et cum febre	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

A paratyphus B bacillusokat egy cholelithiasisban szenvedő beteg savója, a kin azonban icterus nem volt jelen, 1:30 hígításban agglutinálta, de már 1:40 hígításban agglutinatio nem állott be. Még a choledochuselzáródásban szenvedő betegben volt a többihez viszonyítva kissé magasabb agglutinációs titer észlelhető (1:24), különben az agglutinatio foka ezen sorozatban is általában igen alacsony volt, 16 esetben csak 10 alatti hígításban volt észrevehető.

IV. tábla. Vizsgálatok colibacillusokkal:

A betegség neve	S a v ó h í g í t á s												
	1:2	1:4	1:6	1:8	1:10	1:12	1:14	1:16	1:18	1:20	1:22	1:24	1:26
Carc. hepatis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Icterus catarrhalis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Vitium cordis (cum ictero)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Obstructio choledochi	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Morbus Banti	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Hepatitis chron. cum ictero	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
" sine "	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Cholelithiasis sine ictero	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
" cum ictero	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Chol. c. ict. et c. febre.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Colibacillusokat a vizsgált savók közül csak kettő agglutinált 1:20 hígításban. Különben az agglutinációs titer ezen sorozatban is alacsony volt, 9-szer 10 alatti hígításban volt található.

Control gyanánt normális emberek savóját használtam fel (összesen 12 esetben), a melyekben az agglutinációs titer mind a négyféle bakteriumra nézve 1—14-szeres savóhígítás között ingadozott. Ezenkívül nyúlépével is végeztem kísérleteket, a mikor is az agglutinatio typhusbacillusokkal 1:10, paratyphus A bacillusokkal 1:10, paratyphus B bacillusokkal 1:22, colibacillusokkal 1:30 hígításban állott be.

Mindezen kísérletek tehát azt bizonyítják, hogy az icterusosak vérsavójában fajlagos, a typhus-coli csoportra ható agglutininek nincsenek és így kiterjesztve a typhusbacillusokon kívül a rokon bakteriumfajokra megerősíthetem *Königstein* nézetét, a ki typhusbacillusokra ható speciális agglutinineknek jelenlétét az icterusosak savójában tagadja. Így tehát, ha ily agglutininek a vérsavóban kimutathatók, ez csak lefolyt typhusinfecióra vezethető vissza, különösen, mert ismeretesek oly typhus esetek, a melyekben az ismert kórkép nem fejlődik ki tökéletesen és így esetleg elkerülhetik a figyelmet. (Többször lehet oly eseteket észlelni, a melyekben hirtelen támadó bélvérzés adja csak a támpontot a typhus körjelzésére.) Oly esetek is vannak leírva, a melyekben a betegség lezajlása után hosszú idő múlva is még kimutathatók a vérsavóban a speciális typhusagglutininek.

Arra a kérdésre, vajjon ily módon meg volna-e található az icterus catarrhalis és a cholelithiasis kóroka, kísérleteim nem adtak választ. A nevezett két kóralak egyikében sem volt a typhus-coli csoporthoz tartozó bakteriumokkal való fertőzés kimutatható, mely eredmény ugyan a colibacillusokra vonatkozólag még nem tekinthető véglegesnek, mert tudvalevőleg egyes bakteriumok a baktericid savókat is megszokhatják és ilyen módon agglutinatio sem keletkezik. Csak akkor, ha a colibacillusok levetik saprophyta tulajdonságukat és pathogen hatást fejtenek ki, lehet e bacillusokat ily úton kórnemzőként a szervezetben kimutatni.

### Klinikai tanulmány a gonococcusról.<sup>1</sup>

Irta: *Picker Rezső dr.*

(Vége.)

A párhuzam, mely az objectiv, elfogulatlan megfigyelő által szerzett ezen tapasztalat és pl. az ondóhólyag idült kankója között fennáll, szembeszökő.

Ezen szövödmény is igen gyakran, jóformán az esetek túlnyomó részében, alig észlelhető klinikai jelek kíséretében fejlődik ki és folyik le. A betegek, ha a már hónapokig eltartott bajokkal orvoshoz kerülnek, a múlt, alig egy-két napig észlelt és őket alig bántó vizeleti zavarokra alig emlékeznek vissza; de gyakran ilyenek egyáltalában nem is voltak, a vizelet is teljesen feltisztult már, úgy hogy már csak az objectiv betegvizsgálat alkalmával<sup>1</sup> (a végbél felől való kitapintás és az így nyert váladék mikroszkopos vizsgálata útján) állapítható meg a lefolyt betegség és a nyomában még fennálló hurutos állapot. Néha pedig egyenesen csodálatos, mily nagyfokú pyuria áll fenn hónapokon keresztül, a nélkül, hogy a betegek ezen állapot létrejöttéről (cystitisre utaló panaszok) és fennállásáról tudomással bírnának.

Itt is úgy áll a dolog, hogy a belső szerek (vizeletantiseptikumok) legfeljebb a kifolyás mennyiségét csökkentik, a gonococustartalmát azonban nem. Erről én már régebbi megfigyeléseim révén győződtem meg, úgy hogy a *balsamicumokat*, hacsak tüneti enyhülést nem akarok elérni, egyáltalában nem rendelem, mert a velük elérhető csupán *tüneti* javulás (a váladék csökkenése, a hurutos izgalom csillapulása) a beteget és az orvost egyaránt félrevezetheti. Erről a közelmúltban volt ismét alkalmam bizonyosságot szerezni egy beteg (H. J. dr. 1907 szeptember 14) vizsgálatakor, kin 10 napi ágybanfekvés és bőséges gonosan használata mellett a klinikai tünetek (erős hólyaghurut) elmúlása után igen csekély váladékban rendkívül sok gonococust találtam. A gyógyulást itt is a retentiós góczok massage útján való rendszeres kiürítése által aránylag igen rövid

<sup>1</sup> *Picker R.*: A férfi idült kankójának helyi körjelzése. Orvosi Hetilap 1907 és *Eggenberger* 1908.



idő alatt (14 nap) birtam elérni; csak a gyógykezelés legelején alkalmaztam néhány enyhe antisepsises átöblítést a descendáló átmeneti hurut eltüntetésére céljából. Ezután a hólyag és húgyeső tisztántartása csakis forralt vízzel való öblítés által, tehát mechanikai úton történt.

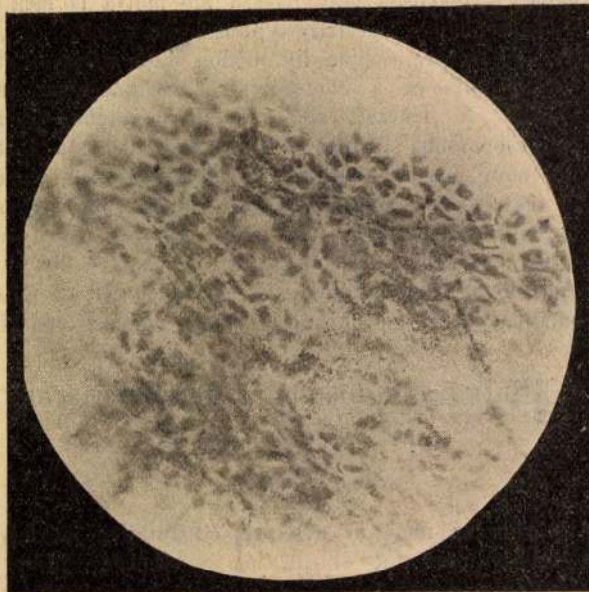
Igen múló haszonnal járnak a levezető húgyutakban eszközölt kiöblítések és arg. nitricum-instillatiók, míg a magasabban fekvő retentiós góczokból descendálnak a gonococcusok. *Dehler* is csak az epehólyagot és a ductus cysticuson keresztül a duct. hepaticust kezelhette antisepticumokkal. Ezen kezelés a májbeli magasabb fekvésű epeutakban lefolyó bakteriumelválasztásra semmi befolyással sem volt. Ha a kórokozók azután a felső góczokból eltűnnek, vagy ha az utolsó gonococcus a húgyesőbe descendált, akkor az öblítés és instillatio egyaránt gyorsan hat, mert ekkor ezen beavatkozások a causa morbinak teljesen megfelelnek.

Mert évek hosszú során és minden egyes eset *folytonos górcsövi* és bakteriologiai *ellenőrzése* mellett nyert tapasztalatom szerint az idült kankó *souverain* gyógyszere, melyet a természet is alkalmaz, a *retentiós góczok kiürítése* és az innen kiürült bacilusok kivitele a vizelettel. Kedvező esetekben a mirigyek vagy

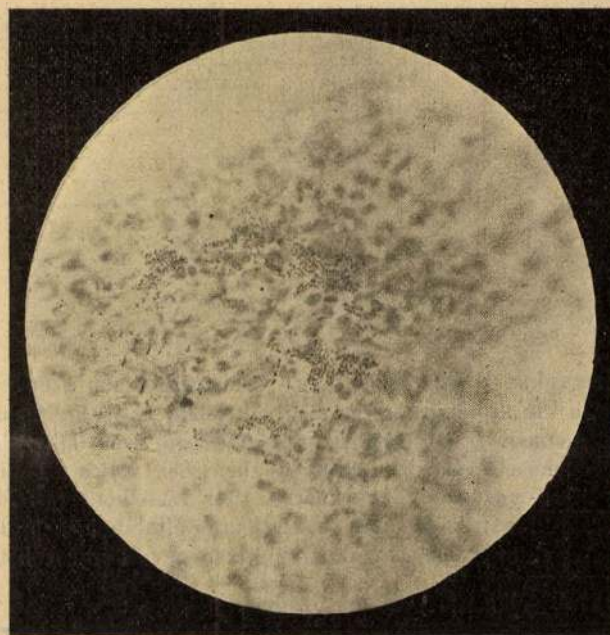
jelentkezése, valamint a gonococcusok fennemlített elrendeződése és csoportokban a váladékban (3. és 4. ábra) *szabadon* való előfordulása által lehet mikroskópice a gonorrhoeás bántalom idült voltát megdiagnostizálni olyan esetekben is, melyekben az elülső húgyesőben észlelt megbetegedés klinikai képe inkább egy új heveny fertőzés felvételére indíthatott. A gonococcusok másik része (1. és II. ábra) a leukocytákban pusztul el. E közben a descendáló gonococcusok a húgyesőben levő váladékban, mely a vizelethez keveredik, (5. és 6. ábra) megszaporoznak és az ebben látható czafatokban *mindig bőségesen* találhatók. A degenerációs alakok csak a retentiós góczok váladékában vannak, csak ezekben fordul néha elő, hogy a gonococcusok csupán kis mennyiségben vannak jelen, s csak itt okoz a górcsövi praeparatumban való megtalálásuk néha nehézséget.

A kezelésnek eredményéhez képest, a mely kezelés nézetem szerint a természetes gyógyulás utánzásában s támogatásában, a retentiós góczok kiürítésében, azaz a massageban kulminál, a természetes gyógyulás következő szakait különböztetem meg:

1. A gonococcusok a heveny folyamat degeneratioja után még a gyuladással beszűrődésben tartózkodnak; ezen esetek 4—6—8—12 heti rendszeres massage-kezelést követelnek; rendszeren



1. ábra.



2. ábra.

A gonococcusok a prostatamirigyeső lenyomatát mutató, csupán genysejtekből álló fonálka felületén vannak; a genysejteket takarják és ezek közeiben rajokban rendeződnek el. Phagocytosis sehol sem látható. A fénykép a valóban csak részleteit adja vissza, a mennyiben az eredeti készítmény itt bemutatott látóterein a gonococcusok valóban *eltakarják* a genysejteket; erről azonban csak a mikrometerscavar segítségével győződhetni meg, mert a praeparatum nincs egészen pontosan egy síkban kiterítve.

nagyobb áltályogok a heveny megbetegedés lezajlása után maguktól is teljesen kiürülnek a húgyesőbe, a honnan a vizeletsugár végleg kitakarítja a fertőző anyagot.

*Forster*<sup>2</sup> egy esetében a typhusbacillust hordozó nőn a csírák eltűnése a béltractusból az epekőrohammal egy időben kezdődött; ezen roham volt az első, melyet a szóban forgó betegen észleltek. Ezzel biztosan együtt járt az epepangás megszűnése, a residuális epe kiürülése. A stagnatio megszűnésével a hurut is magától gyógyulhat és így a typhusbacillus szaporodását elősegítő fók is elesik. A bacillusokat pedig az állandóan elválasztott epe végképen kimossa.

Kevésbé kedvező esetekben — s ez a többség — a sub-epitheliális rétegtől a hám felületére visszashállított gonococcusok az említett rossz lefolyási viszonyok folytán részben megrekednek (1. és 2. ábra) és a mirigyek falait kibélelő lepedéket alkotnak; az általuk előidézett genyedés az így keletkezett váladékkal együtt egyrészt lassan a húgyesőbe szállítja őket; egy részük a retentiós góczban elhal,<sup>3</sup> tönkremegy. Ezen degenerációs alakok

heveny klinikai tünetekkel, erős beszűrődéssel és pseudoabscessusok képződésével járnak. A massage és az öblítések *legkésőbb* a heves tünetek elmúltával kezdődnek.

2. A lobos beszűrődések legnagyobb részben már vissza fejlődtek, a tapintáskor alig észlelhető a rendes tömörségtől valami eltérés s a gonococcusok már a mirigyek belsejében vannak. Ezek régebbi keletű, legalább több hónapra visszanyúló esetek, melyekben a gonococcusok már kész gyuladással elváltozások folytán (a mirigyfalak sclerosisa és izomzatuk elégtelensége) csak hiányosan üríttetnek ki. A kinyomott váladékban a kórokozók ez esetben az epithelen és szabadon a váladékban találhatók. A retentiós góczok kiürítése rövid idő alatt — 1—2 heti (8—14) massagekezelés által — érhető el, és a húgyesőnyálkahártya néhány öblítés segítségével végleg megszabadul a gonococcusoktól. Ha a gonococcusok már a kivezető csatornába kerültek, néhány becsepegtetés is csodákat művelhet, a mit *Jadassohn*<sup>1</sup> is említ; valószínűleg az arg. nitricum nyomán az urethra posteriorban keletkező görcsök is közreműködnek ebben a váladék mechanikai kiszorítása által. Az elülső húgyeső mirigyeinek megbetegedésekor 1—2

<sup>2</sup> T. Forster: Über die Beziehungen des Typhus und Paratyphus zu den Gallenwegen. Münch. med. Wochenschrift, 1908. 1. sz.

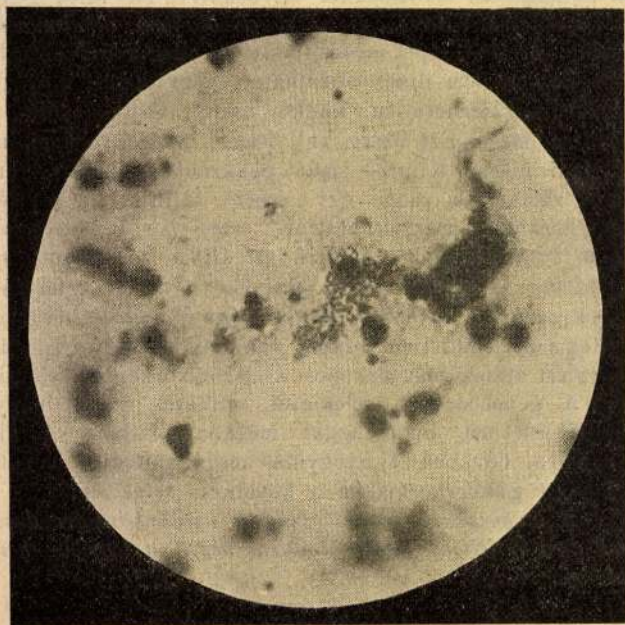
<sup>3</sup> Ilyen készítményeket és mikrophotogramokat bemutattam.

<sup>1</sup> *Jadassohn*: Med. Klinik, 1907. 18. sz.



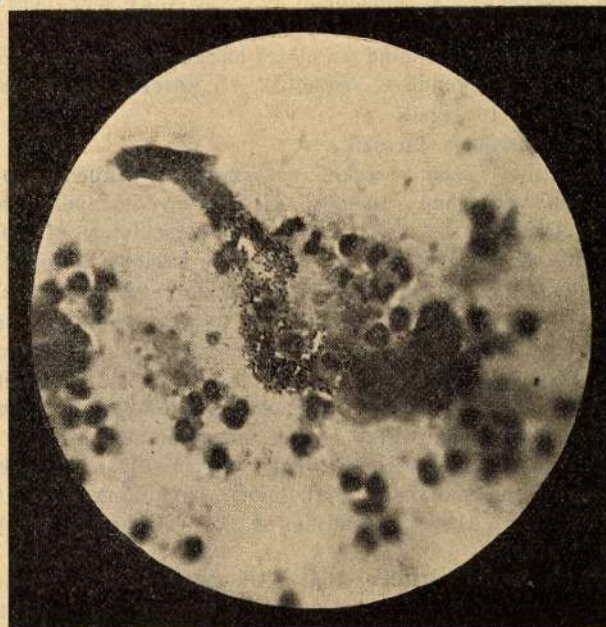
tágítással és utána erős nyomással való öblítéssel létesíthető a végleges gyógyulás a megbetegedés ezen stadiumában.

zálhatók meg, ha, mint azt több esetben láttam, a kifolyás és a gonococcusok már a kezelés második napján végleg eltűntek,



3. ábra.

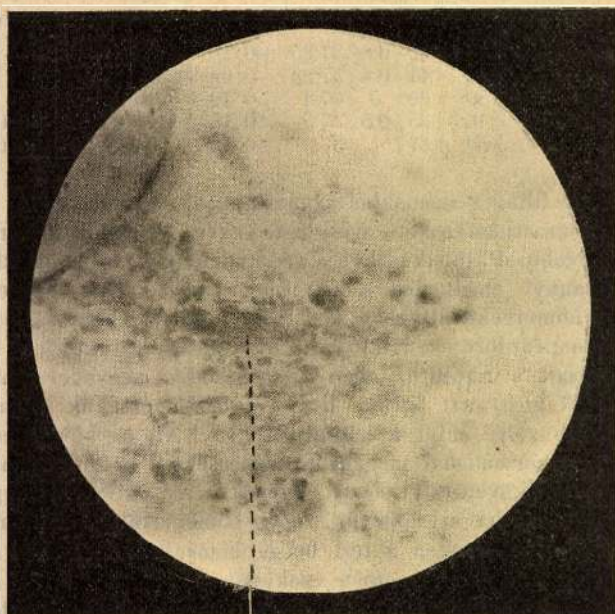
A gonococcusok szabadon ondóhólyagváladékban (L. A. 1907. I.—X.) és a genyisejtek körül; a nagy fekete helyeken (mint ezt a praeparatum tanulmányozása mutatja) az epitheleket is takarják.



4. ábra.

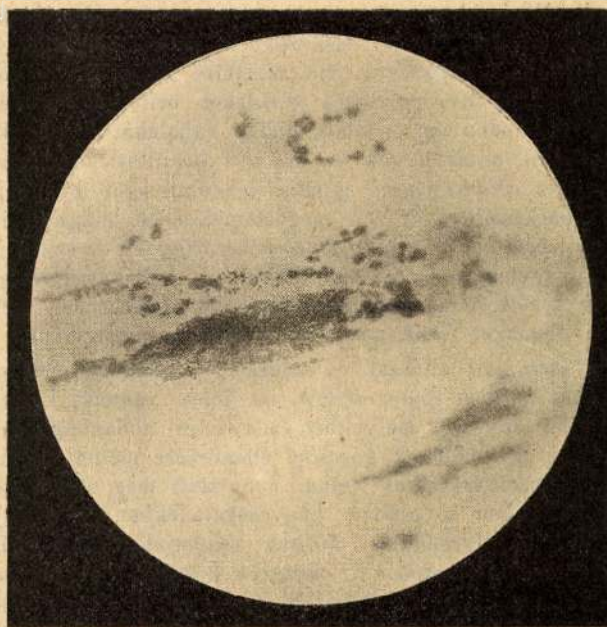
I. ábra. Ép genysejt ép gonococcusokkal.  $\frac{1}{1000}$  nagyítás.

II. ábra. Pusztuló genysejt rosszul festődő maggal, melybe a tönkremenő coccusok be vannak zárva. Ezek a praeparatumban mindinkább elhalványodó vörös színben (Pappenheim-festés, mely az ép bakteriumokat élénkpirosra festi) mutatkoznak; a legkevésbé degenerált alak (a legkisebb) legtöbbször festődött.  $\frac{1}{1000}$  nagyítás.



5. ábra.

A gonococcusok descendáló szaporodása (K.) 5. Aránylag kis gonococcuslepedék a kinyomott prostataváladékban. 6. A húgyesőváladékból való részlet; feltűnő kevés a genyisejtek száma; a gonococcusok helyenként 4-es párokban rendeződnek.



6. ábra.

3. A gonococcusok már mind descendáltak az urethra posteriorba. Egy átöblítés illetőleg egy instillatio már gyógyító hatású. Ezek az esetek csak a posteriori diagnosti-

úgy hogy a kezelés ekkor történt abbahagyása után sem a vizeletben levő foszlányokban, sem a gyulladásosan elváltozott mirigyes függelékeknek genyisejtekét még bőven tartalmazó váladéká-



ban, hetekig tartó ellenőrzés dacára sem lehetett gonococust találni. A természetes gyógyulásnak ezen stadiumát legkorábban 4 hóval a megbetegedés után konstatálhattam; a többi idevaló esetben a betegség már körülbelül egy éve vagy még hosszabb ideje tartott volt.

4. A gonococcusok mind az elülső húgycsőben vannak. Egy öblítés vagy kis fecskendővel végzett 2—3 kezelés egy csapásra meggyógyítja a betegséget.

Ide két kategória tartozik.

a) Az elsőbe azon eseteket soroztam, melyekben a beteg bajának heveny szakában különböző súlyos szövödményeken ment keresztül és megunva az eredménytelen becsipegetési és befecskendezési kezelést, hónapokig elhanyagolta bajának kezelését és akarva, nem akarva beletörődött vigasztalan helyzetébe. Ha azután hónapok múlva ismét fecskendőhöz nyúl, csodálkozva látja, hogy 2—3 befecskendezés megszabadítja betegségétől, „végre megtalálta az igazi gyógyszert”. Azon idevágó esetek, melyeket én megfigyeltem, legalább 8—9 hónaposak, legtöbbször azonban egy évnél is idősebbek voltak. Ezen tapasztalatommal igen jól megegyezik azon anamnestikus adat, melyet olyan betegekől hallhatni, a kik hosszadalmas kankójukat végig csak a kis fecskendővel kezelték. Ezek is rendszeren 6—9—10 hónapi fecskendezésről referálnak.

b) A második kategóriába azok az esetek tartoznak, melyekben az elülső húgycső heveny kankója gyorsan lefolyt, de a gonococcusokat a vizeletáram nem ürítette ki. Ilyen fajta eset volt alkalmam megfigyelni egy betegen, a ki még bő folyással jött hozzám a betegség második hetének végén; egy másik esetben 4 hét elmúlt volt, a nélkül, hogy a beteg kezelte volna magát. A bőséges, gonococust is bőven tartalmazó folyás ez esetben is teljesen és véglegesen eltűnt az elülső húgycső egyszeri kiöblítésére.

A 3. és 4. csoportba tartozó formák nézetem szerint úgy magyarázhatók meg, hogy a gonococcusok a húgycsőnyálkahártya ránczai között — melyek a vizeléskor nem nyílnak szét teljesen — a retentiora alkalmat találnak. A természetes gyógyulás ezen stadiumába számítandó azon időt kankónak 4 éven túl fennálló esete is, melyet Bransford Lewis<sup>1</sup> irt le, s melyben retentiós gócznak a számfelüti vesemedence bizonyult. Egyetlen arg. nitr.-mal végzett becsipegetés tüstént meggyógyította a makacs betegséget.

Az alsó húgy- és ivarszervek időt kankójának topikus diagnózis, melyen minden észszerű kezelés alapszik, rendszeres pragmatikus vizsgálataim szerint legmegbízhatóbban az öblítő és kinyomó eljárással tehető meg,<sup>2</sup> melyet e lap hasábjában in extenso ismertettem. Ehhez eszközökben csak a göröcső és egy Janet-féle fecskendő szükséges. Ha az elülső húgycsőben gonococust tartalmazó, illetőleg lobos váladékot ürítő beszűrődések fennforgásakor minden egyes lobos mirigy váladékát külön akarjuk megvizsgálni, a mirigynek endoszkópba beállított torkolatából a Kollmann-féle váladékfogóval mindig lehet anyagot gyűjteni a göröcsői praeparatumhoz. A vese megbetegedésének diagnosizálásához természetesen cystoskop és a vesevezetékek katheretizációja is szükséges. A húgycső függelékeiben teljesen eltokolt s a húgycsővel egyáltalán nem közlekedő, gonococcus okozta és gonococust tartalmazó genygyülemeket férfinnem volt alkalmam megfigyelni.

Ha a vizsgálati eljárást és módszert tökéletesen birjuk, a gonococcusokat minden egyes esetben, ha jelen vannak, ki lehet mutatni. Olyan eseteket, melyekben a kezelés abbahagyásakor a gonococcusok a váladékok göröcsői ellenőrzése mellett 14 napnál tovább latensek maradtak volna, 7 év alatt még nem láttam. Kezeletlen esetekben a szabad húgycsőváladékban, akármilyen kevés is ez, a descendálás közben szaporodó gonococcusok mindig bőven megtalálhatók. Az észszerű kezelés a pontos helyi vizsgálat által megállapított retentiós góczoknak descendáló sorrendben való rendszeres kiürítésében áll; ez pedig a vesemedence kiürítése és kiöblítése, illetőleg a beteg vesén végzendő valamely véres műtét, az húgyhólyag reciduális vizeletének eltüntetésé, az ampulla vas. def., az ondóhólyag, a prostata és Cowper-mirigy massage-a a végbél felől, ha e szervek egyikét betegnek találtuk. Ha

csupán az elülső húgycső mirigyes függelékei tartják fenn a gonorrhoeás megbetegedést, ezen szakasz methodikás tágitása a Kollmann-féle eszközökkel bizonyult leghatásosabbnak, gyengén antisepsiszes öblítésekkel egybekötve, ha túlbő genyválasztás van jelen. *Becsipegetéseket előbb nem alkalmazok*, mert a váladék göröcsői képét módosítják és az ellenőrzést nehezebbé teszik.

Topice nem diagnostizálható, gyógyíthatatlan, vagy a kezelésnek hozzáférhetetlen kankó esetét férfinnem eddig még nem figyeltem meg. Ezt azért kell ismét hangsúlyoznom, mert épen a „Medizinische Klinik” már gyakrabban idézett körkérdésére adott válaszában nem egy szerző állítja, hogy léteznek a gonorrhoeának „gyógyíthatatlan” esetei is. *A gonococcus minden esetben kipusztítható*, s csupán az általa létrehozott szöveti elváltozások termékei azok, melyek kevésbé befolyásolhatók s melyek gyakran, a fertőző állapot teljes és végleges megszűnése után is, főleg a már említettem izgalmi állapotokban, egy a specifikus megbetegedést utánzó makroszkopos klinikai körképben jelentkezhetnek.

A gonococcusok jelenlétét, eltűntét, vagy hiányát eddig minden esetben biztossággal megállapíthatam. A diagnózisra, terapiára, továbbá a gyógyulás megállapítására vonatkozólag a férfi időt gonorrhoeájában a következő tétel áll:

*A húgycső az összes belenyíló nyálkahártyarendszerek gonococcusaira, illetőleg bakteriumaira nézve a legjobb thermostat és táptalaj.*

## A napfürdő hatása a test hőmérsékére.

Irta: Lenkei Vilmos Dani dr., Budapest—Almádi.

(Vége.)

Annak kimutatására, hogy a napfürdőben fontos szerepe van-e a bőr reakcióképességének, melyre bizonyos betegségek esetleg hatással lehetnek, a test hőmérséké változásaiban, betegségek szerint is csoportosítottam az eseteket.

VII. táblázat.

Betegség	Hőm. a napon	A levegő párat.	Szél	Hőmérsék a végbélben					
				napfürdő előtt	I.	II.	III.	IV.	össze- sen
					negyedóra				
Neurasth. ...	44.5	39	0.8	37.25	+0.10	+0.06	—	—	+0.16
Anaemia ...	42	41	0.6	37.23	+0.08	+0.17	—	—	+0.25
Adiposit. ...	50	35	0	37.4	+0.10	+0.10	+0.05	—	+0.25
Phthis. inc. ...	46.3	35	0.5	37.5	—0.18	+0.10	+0.05	+0.03	0
Sine m. ...	50	37	1	37.3	—0.16	—0.04	+0.09	+0.04	—0.07

Az átlagos számokból azt látni, hogy a hőemelkedés a végbélben neurastheniásokon, vérszegényeken és elhízottakon volt a legnagyobb. Phthisikusokon a végeredmények 0.15°-os süllyedés és ugyanannyi emelkedés között ingadoztak. Tehát ezeken a test belső hőmérséke átlagban nem változott. De ezen számok  $\frac{3}{4}$ —1 óráig napfürdőre vonatkoznak. Ha phthisikusokon a hőmérséké változásait a napfürdő első vagy második negyedórájának végén figyeltük meg, azt láttuk, hogy végbélhőmérsékük ilyenkor alacsonyabb volt, mint a napfürdő előtt. Áll ez különösen azokra, a kik a normálisnál magasabb hőmérsékkel jöttek a napfürdőbe. Ebből az következik, hogy ilyenekkel csak rövid napfürdőt kell vettetni, ha azt akarjuk, hogy hőmérsékük lecsökkenjen.

Egészségeseken a test belső hőmérséke a szabad sütkérezés alatt a legtöbb esetben csökkent.

Azon különbségek, a melyek bizonyos betegségekben szenvedők között a test hőmérséké változásaiban feltűnnek, csak a bőr különböző reakcióképességéből eredhetnek, a melyet a betegségek befolyásoltak. Ha a sütkérezés alatt a bőr különböző visszahatásának a testhőmérséké változásaiban nem volna oly nagy szerepe, nem volna lehetséges, hogy például majdnem valamennyinek hőmérséke lecsökkent, a ki magas végbéltemperaturával kezdte a napfürdőt. Hiszen ezeken a test hőmérséke, bár már magas volt, a nap sugárzó melegtől még feljebb emelkedhetett volna, mint az

<sup>1</sup> Bransford Lewis: Medical Record, 1906 október 6. (In extenso referálva többször citált dolgozatomban.)

<sup>2</sup> Picker: I. c.



olyanokon, a kik rendes kezdeti hőmérsékkel ugyanegyidőben vették a napfürdőt, gyakran megesett. Hogy ez nem történt, annak csakis az lehetett az oka, hogy ilyenekben a bőr működése még jobban fokozódik, mint olyanokban, a kiknek hőmérséke alacsonyabb. Hogy ennek így kell lennie és hogy a bőr reakciójának fontos szerepe van a napfürdő alatt a test hőmérsékváltozásaiban, mutatja sok más, közel egyenlő kezdeti hőmérséklet mutató eset is, a melyekben többen egyszerre, tehát egyenlő külső körülmények között és egyenlő hosszú ideig egymás mellett sütkéreztek a napon és hőmérsékük mégis különbözőképpen változott.

Tehát mondhatjuk, hogy a bőr reakciója a sütkérezés alatt lényegesen befolyásolja a test hőmérsékváltozásait, és hogy bizonyos betegségek vagy testi állapotok elősegítik, mások meg hátráltatják a test hőkiadását. Bizonyos betegségekben szenvedőkön, például vérszegényeken, sokszor már vizsgálás nélkül is feltűnik, hogy bőrük a napfürdőben kevésbé reagál, kevésbé izzad, mint az egészségeseké.

A bőr reakcióképességére nyilván a bőr festéktartalmának is hatása van, a mennyiben úgy látszik, hogy a pigmentáltabb bőr élénkebben reagál. De erre nézve behatóbb vizsgálatokat még nem végeztem.

Látjuk tehát, hogy annak megítélése: minő hatást fejt ki a napfürdő a meztelen test hőmérsékére és miért okoz néha hőemelkedést, néha meg süllyedést, valójában nem is olyan egyszerű, hanem nagyon szövevényes. Abból, hogy az irodalomban erre nézve eltérők az adatok, nem következik még, hogy a mérések az egyik vagy másik vizsgáláskor nem voltak pontosak. Az eltéréseket az okozhatta, hogy némelyek a test hőmérsékét a hónaljban mérték, mások a végbélben, és hogy az egyik intézetben talán csak pihenés után vették a napfürdőt, a másikban meg hosszas járás után, a szerint, a mint az illetők a gyógyhelyen a napfürdő helyiségéhez közel vagy távol laktak. Lehet az is, hogy egyik vidéken a levegő átlag szárazabb, mint a másikon, hogy az egyik vizsgálónak adatai csupa lesült bőrű egyénre vonatkoznak, míg mások (kik, mint én is, a napfürdőt kevésbé intenzíven használják) világosabb epidermissel bírókat vizsgáltak. Lehet, hogy a különböző eredményeket a napsütés különböző intenzitása és a szél különböző foka vagy a napfürdőzés különböző tartama eredményezte. Épen ezért, hogy az én eseteimben mindezen tényezők befolyását is meg lehessen bíráltni és ebből a tanulságot nemcsak a napfürdő hatására, hanem annak alkalmazására is le lehessen szűrni, foglalkoztam oly részletesen ezen egy kérdéssel. Részletesebben talán, mint az első tekintetre indokoltnak látszik.

A *pólyában* folytatott napfürdőben a hőváltozások egyöntetűbben történtek. (Az átlagos adatok az I. táblázaton találhatók.) Valamennyin, a ki a szabad sütkérezés után még pólyába csavarva tovább feküdt a napon, azt láttam, hogy hőmérséke úgy a hónaljban, mint a végbélben emelkedett. Még akkor is, ha az már az előző szabad sütkérezés végéig magasra (például 37·8-re) emelkedett volt, és akkor is, ha kis szél fújt és a levegő relatív páratartalma csekély volt.

A pólya alatt a temperatura egy negyed óra alatt a hónaljban 0·15—0·3-del, a végbélben 0·1—0·25-dal emelkedett.

A napfürdő után a hőmérsék a szerint, a mint azt 30°-os zuhany és balatoni fürdő követte-e vagy nem, némileg másképp viselkedett. A kísérlet céljából tudniillik sok esetben elhagytam a napfürdő után a szokásos vízkalmazást és a bőr lehűtését  $\frac{1}{4}$  órás légfürdővel (úszónadrágban való tartózkodás árnyékban) igyekeztem elérni.

Ezen két csoport átlagos számai a következők:

VIII. táblázat.

Hőmérsék a napfürdő végén			Hőmérsék $\frac{1}{4}$ órával a napfürdő befejezése után			Hőmérsékváltozás a végbélben	
a hónaljban	a végbélben	a törzs bőrén	a hónaljban	a végbélben	a törzs bőrén	1 órával 2 órával	a napfürdő után
37·01	37·28	36·64	-1·7	+0·17	-4·46	-0·43	0
36·82	37·24	36·55	-0·03	+0·1	-2·3	+0·05	-0·17

Az első sor számai azokra vonatkoznak, a kik a napfény után körülbelül 1 perczig 30 C. fokos zuhanyval és átlag 6 perczig tartó balatoni fürdővel, melynek vize átlag 22·4 C. fokos volt, hűtötték magukat. A levegő hőmérséke árnyékban átlag 26·3 C°, páratartalma pedig 37% volt.

A második sor adatai azokra vonatkoznak, a kik a napfürdő után árnyékban negyedórás légfürdővel hűtötték magukat. Ezekben a levegő hőmérséke az árnyékban átlag 27·4 C°, páratartalma 36% volt és igen csekély (1°) légmozgás uralkodott. (Egy negyed órával a napfürdő után valamennyien felöltözködtek.)

Ha a napfürdőt az említett vízfürdő követte, akkor a napfürdő befejezése után  $\frac{1}{4}$  órával a *hónalj* hőmérsék 1·3—2·25 C° kal leszállott és átlag 1 órával a napfürdő után ismét a napfürdő előtt észlelt magasságig, néha még 0·05—0·1-del e fölé is emelkedett. A *végbél* hőmérsék ilyenkor az esetek 7%-ában nem változott (ez leginkább átlag 10 percznyi fürdésre 25 fokos vízben történt) és 79%-ban, tehát az esetek túlnyomó többségében, 0·08—0·75-dal emelkedett. A legnagyobb hőemelkedés 24 fokos vízben 15 perczig tartó fürdésre (közvetlenül a fürdő után mérve) jelentkezett. De egy perczes fürdés után 17 fokos vízben is láttam 0·3 fokos hőemelkedést a végbélben 10—12 perczrel a fürdés után.

Az esetek 14%-ában a balatoni fürdő után 0·2—0·4 fokos süllyedést láttam a végbélben 2—5 percznyi fürdésre 20 fokos vízben.

A fürdést követő  $\frac{3}{4}$ —1 órára a hőmérsék a végbélben 0·3—0·65-dal süllyedt. Két órára a napfürdő után a test belső hőmérséke azon esetekben, a melyekben a napfürdő előtt abnormis magas volt, 0·15—0·4-del az *eredeti érték alá* is süllyedt, a többi esetben körülbelül az eredeti hőmérsékre tért vissza, vagy meleg időben 1—2 tizeddel magasabbra is emelkedett.

Ha a napfürdőt légfürdő követte, akkor 25—31·8 fokos levegőben a *hónalj* hőmérsék  $\frac{1}{4}$  órával a napfürdő befejezése után az esetek egyik felében, a melyben az a napfürdő végéig magasra emelkedett volt, 0·25—0·3 fokkal süllyedt, az esetek másik felében pedig 0·15—0·3-dal emelkedett. 1 órával a napfürdő után a napfürdő előttihez képest átlag 0·17 fokkal és 2 órával utána átlag 0·05 fokkal emelkedett.

A *végbél* hőmérséke a napfürdőt követő  $\frac{1}{4}$  órás légfürdőre 20%-ban 0·05-dal süllyedt, 80%-ban pedig 0·05—0·2 fokkal emelkedett, tehát jóval kevésbé változott, mint ha a napfürdőt hűvös vízfürdő követte. Az első óra végéig a végbél hőmérséke 0·15 foknyi süllyedés és 0·25 foknyi emelkedés között változott (átlagban, mint a táblázatból látható, 0·05-dal emelkedett) és csak az esetek egy harmadában süllyedt 1—2 tized fokkal a napfürdő előtti temperatura alá, a többi esetben átlag még 0·35-dal magasabb volt, mint a napfürdő előtt. Ellenben a napfürdő után 2 órával rendszeren már elérte a napfürdő előtti fokot, sőt még ez alá is süllyedt, különösen azokon, kik árnyékban tartózkodtak és nem sokat jártak.

Néhány esetben az illető a napfürdő után fürdés nélkül rögtön felöltözködött. Az ilyenek a bőr hőmérséke kevésbé gyorsan süllyedt, mint azokon, a kik a napfürdő után legalább légfürdőt vettek; a végbél hőmérséke is lassabban változott.

A *bőr hőmérsékváltozásait* átlagos számokban az I. táblázaton tüntettem fel. A táblázat adatai a mellkas bőrére vonatkoznak. Ezen helyen kívül még a has és a lábszár bőrén is tettem méréseket s néhány esetben azt is mértem, mennyire változik a bőr hőmérséke, ha valamely bőrrész napfényből árnyékba kerül.

A mellkason a bőr hőmérséke (a 2.—3. borda magasságában) a napfürdő előtt 32·4—34·8°, átlag 34·1 C° volt. A hason átlag 0·4-del, a lábszáron 0·8-del alacsonyabb hőmérsékletet találtam. A háton a bőr hőmérséke a napfürdő előtt a mellkasétól alig tért el, vastag izmok felett néha 1—2 tizeddel több volt.

A mellkas felett a bőr hőmérséke a napsütötte helyeken a szabad sütkérezés első negyedórájában azon 4—5 percz alatt, a meddig körülbelül negyedóránként a napnak egy huzamban ki szoktak téve lenni, valamennyi esetben 1·7—3·9 fokkal emelkedett; a második negyedórában, a mikor ezen bőrrészek az árnyékból ismét a napra kerültek, az esetek 20%-ában csak annyira melegedtek fel újra, mint az első alkalommal, 20%-ban 0·2-del



kevésbé és 60%-ban 0.1—0.8 fokkal jobban. A harmadik negyed-órán 33%-ban átlag 0.2-del jobban melegedtek fel, mint a második alkalommal, 33%-ban 0.4-del kevésbé és 33%-ban ugyanannyira. A negyedik negyedórán körülbelül ugyanilyen viszonyok mutatkoztak. (Nem szabad elfelednünk, hogy a napsütötte testrészek közbe-közbe mindig árnyékba is kerültek, mert a napfürdőző körülbelül 4—5 percenként negyed fordulatot tesz.)

A bőr hőmérséke tehát már az első alkalommal, a mikor a napra kerül, lehető magasra szokott felmelegedni, legfeljebb még a másodszori alkalommal látjuk, hogy a legtöbb esetben még magasabbra emelkedik, mint az első alkalommal. A felmelegedés foka attól függött, hogy a nap sugarainak iránya mennyire közelítette meg a bőr felületéhez képest a merőlegest. Közel függőleges sugárzás esetén a bőr néhány perc alatt 4.3-del is felmelegedett. Szélsőséges időben a felmelegedés gyorsabban ment és a bőr hőmérséke végeredményben (átlag 0.34 fokkal) magasabbra szállt, mint 1—2 fokos szélben. De még 1 fokú szélben is megessék, hogy a bőrnek azon részei, a melyekre a nap közel függőlegesen ráütött, 0.05—0.3-del jobban melegedtek fel, mint a hónalj hőmérsék, úgy, hogy a bőrön 37.1—37.3 temperaturákat is találtam, a mikor a hónaljképletek (zárt hónalj) nem melegedtek fel ennyire, sőt néha a test belseje sem. Kevésbé intenzív napsütéskor azonban a bőr hőmérséke a napnak kitett helyeken 0.5—1.3-del alacsonyabb volt, mint a végbél. Ha a napsugarak a lábszár vagy a has bőrére körülbelül 5 perczig közel függőlegesen estek, akkor ezen helyeken is annyira emelkedett a bőr hőmérséke, mint a törzsön. A lábszár és a has bőrén tehát gyakran még nagyobb hőemelkedést észleltem, mint a mellkason.

Ha a test felszínének valamely része erősebb sugárzás után a test helyzetváltoztatása folytán ferdébben eső (tehát kisebb mennyiségű) sugaraknak lett kitéve, vagy ha a napfürdő közben kis szél kerekedett, akkor a bőr ezen helyeken 0.4—2.3 fokkal lehűlt. Az árnyékba jutó bőrreszek hőmérséke, ha erősen izzadtak, az esetek egy harmadában 0.5—1.1 fokkal az *eredeti alá* süllyedt, az esetek két harmadában pedig csak annyira süllyedt, hogy 0.4—2.1 fokkal még mindig magasabban állt, mint a napfürdő előtt.

Azon esetekben, a melyekben kiterjedtebb bőrreszletek erősen felmelegedtek, a test páravesztése rendesen nagyobb volt és a végbél hőmérséke jobban csökkent.

Ezen vizsgálásokból azt a tanulságot meríthetjük, hogy ha azt akarjuk, hogy a bőr erősen felmelegedjék, tehát jobban reagáljon és erősebben párologjon, akkor a beteget a napfürdőben legjobb úgy fektetni, hogy testének felszínére minél merőlegesebben essenek a sugarak. Ezt pedig úgy érhetjük el, hogy a beteget a napfürdőben a nap sugaraihoz derékszögben hajló síkra, vagy ha az vízszintes, kelet-nyugati irányban fektetjük, mert ilyen fekvéskor a nap sugarai a testnek a nap felé fordított oldalának *nagy részére* mindig merőlegesen esnek. Ha pedig a bőr intenzív sütését, tehát felmelegedését és ennek következményeit kerülni akarjuk, akkor fektessük az illetőt észak-déli irányban, mert ekkor a vízszintes fekvő test felületére (egy-két kiemelkedő résztől eltekintve) még délben sem esnek a nap sugarai merőlegesen.

A bőr hőmérséke a pólázás alatt gyenge napfényben, ha az már a szabad sütkezés alatt erősen felmelegedett, gyakran 0.1—0.7-del süllyedt is, vagy csak lényegtelenül (35.7—36.1°-ig) emelkedett, erős napsütés alatt azonban 0.2—0.6, átlag 0.43-dal (37.1—37.4 fokig) is felszállt.

\* \* \*

A vizsgálások eredménye összefoglalva a következő:

1. A *hónalj hőmérséke*  $\frac{1}{4}$  órá szabad sütkezés alatt átlag 0.14-dal,  $\frac{1}{2}$  órá alatt összesen 0.21-dal,  $\frac{3}{4}$  órá alatt 0.32-dal, 1 órá alatt összesen 0.26-dal *emelkedett*. A hőmérsék a hónaljban tehát a szabad sütkezés *első három* negyedórájában a legtöbb esetben néhány tizeddel emelkedett s a további negyedórákban sok esetben némileg visszasüllyedt. A hónalj hőmérsék az esetek 70%-ában középszámban 36 perczes szabad sütkezésre 0.1—0.9, átlag 0.37 fokkal emelkedett, 20%-ban 0.1—0.2, átlag 0.15-dal süllyedt s a többi esetben nem változott.

2. A *végbél hőmérséke*  $\frac{1}{4}$  órá szabad sütkezés alatt valamennyi eset átlagában 0.08-dal,  $\frac{1}{2}$  órá alatt összesen 0.1-del,

$\frac{3}{4}$  órá alatt 0.02-dal *süllyedt*, 1 órá alatt 0.02 s másfél órá alatt 0.04-dal *emelkedett*. A hőmérsék a végbélben a sütkezés *első két negyedórája* alatt tehát az esetek többségében *némileg süllyedt*, a további negyedórákban pedig többnyire *emelkedett*. A test belső hőmérséke, az esetek átlagát tekintve, végeredményben 36 perczes szabad sütkezésre az esetek 47%-ában 0.05—0.45, átlag 0.2 fokkal emelkedett, 10%-ban nem változott és 43%-ban 0.05—0.55, átlag 0.25-dal süllyedt.

3. A *bőr hőmérséke* a szabad sütkezés alatt a napsütötte helyeken 0.5—4.3, átlag 2.34 fokkal emelkedett. Ha a nap sugarai a vizsgált bőrreszre függőlegesen estek, a bőr hőmérséke ezen a helyen 37.1—37.3 fokig is felemelkedett s némely esetben a hónalj hőmérsékét, sőt 1—2 esetben a végbélét is 1—2 tizeddel meghaladta. A bőr a test bármelyik részén ugyanennyire melegedett fel, ha a nap sugarai az illető részt hosszabban közel függőlegesen érték. De ha a test felszínére nagyon ferdén estek, vagy ha szél fújt, a bőr ezen helyeken átlag csak 1.7 fokkal, tehát körülbelül csak 35.8°-ig melegedett fel. A törzsnek árnyékban levő bőrreszei, ha nagyon izzadtak, néha hűvösebbek, különben pedig átlag 0.5 fokkal melegebbek voltak, mint a napfürdő előtt. A bőr hőmérséke azon helyeken, a melyekre a napsugarak közel függőlegesen estek, legmagasabb fokát gyakran már 5 perczes sütkezésre is elérte. Ha ezen helyek később az árnyékból ismét a napfényre kerültek, már legfeljebb csak a második alkalommal melegedtek fel még jobban, mint az első alkalommal, de ezek néha ekkor is és később is, ha ismét újra a napra kerültek — főképen ha a napsugarak ferdén estek a vizsgált helyekre — még kevésbé melegedtek fel, mint először. Azon esetekben, a melyekben kiterjedtebb bőrreszek erősen felmelegedtek, a páravesztés rendesen nagyobb volt és a test több meleget veszített.

4. Azon egy-két esetben, a melyben a szabad sütkezés egy óránál tovább tartott, a hőmérsék a napfürdő *harmadik fel-órájában* úgy a hónaljban, mint a végbélben legfeljebb 1—2 tizedes emelkedést vagy süllyedést, átlagban mégis inkább némi (0.05°) emelkedést mutatott.

5. Azokon, a kik a szabad sütkezés után még *bepólyázva* negyed órával tovább maradtak a napon, a hőmérsék valamennyi esetben a hónaljban 0.15—0.3, a végbélben 0.1—0.25-dal tovább emelkedett. A bőr hőmérséke pólázás gyenge napfényben olyan helyeken, a melyek már a szabad sütkezés alatt nagyon felmelegedtek, 0.1—0.7-del süllyedt, de erős napfényben még ilyen helyeken is 0.2—0.6-del tovább emelkedett.

6. Ha a napfürdőt 1—15 perczig tartó 17—26 fokos balatoni fürdő, tehát *erélyesebb lehűtés követte*, a test belső hőmérséke a legtöbb esetben néhány tizeddel (0.08—0.75-dal) *fel-szökkent* és körülbelül egy órára a napfürdő után ismét a napfürdő előtti fokra süllyedt vissza. Ha a napfürdőt 25—31.8 fokos levegőben negyedórás *légfürdő követte*, a legtöbb esetben akkor is emelkedett a hőmérsék a végbélben, de átlag csak 0.1 fokkal és *eredeti* fokára csak  $1\frac{1}{2}$ —2 órával a napfürdő befejezése után süllyedt vissza. A *hónalj hőmérsék* a vízfürdő után átlag 1.7-del süllyedt, a légfürdő után átlagban nem változott. A *bőr hőmérséke* vízfürdő után 1.5—5.4, átlagban 4.4, légfürdőre pedig 2—3, átlag 2.3 fokkal süllyedt. Utóbbi két helyen a hőmérsék *erélyesebb lehűtés* után egy órával, légfürdőre pedig néhány perczel a felöltözködés után érte el a napfürdő előtti magasságát.

7. Ha a hőmérsék a végbélben a napfürdő előtt akár meleg levegőn vagy napon való járás, akár betegség következtében a rendesnél magasabb volt, a szabad sütkezés alatt többnyire süllyedt. Ideggyenge, vérszegény és elhízott betegek a test belső hőmérséke a sütkezés alatt többnyire emelkedett, egészségeken többnyire süllyedt. A test hőmérsékének ezen különböző változását a szabad sütkezés alatt másképen nem lehet magyarázni, mint azzal, hogy a bőr *reakcióképességének* a test hőmérsékváltozásaira az által, hogy bő véráramlással a párologást elősegíti, lényeges befolyása van, és hogy a bőr működését bizonyos betegségek és testi állapotok észrevehetően befolyásolják.

8. Széles napfürdőben a meztelen test hőmérséke a végbélben többnyire leszállt.

9. A levegő valódi hőmérséke a legtöbb esetben csak néhány fokkal volt alacsonyabb mint a bőr hőmérséke. Azért a levegő



hűtő hatását a test hőmérsékére a legtöbb esetben nem lehetett kimutatni. Azon egy-két esetben azonban, a melyben a levegő hőmérséke 8–10 fokkal volt hűvösebb, mint a bőr, annak hűtő hatása az elpárolgás által előidézetten felül észrevehetően érvényesült.

10. A hőmérsék a végbélben az esetek túlnyomó többségében a test párávesztésével arányosan változott. Mennél nagyobb volt a párávesztés, annál jobban süllyedt a test belsejében a hőmérsék, csekély párávesztés esetén emelkedett. A párávesztés fokát mutatták a test súlyvesztése és a testet körülvevő levegőrétegek páratartalmának változásai.

Mindezekből az következik, hogy a test a szabad sütkérezés alatt úgyszólván csak párolgás által veszít meleget, a levegő felmelegítése által csak azon, nyáron ritkán előforduló napfürdőkben veszít számításba veendő melegmennyiséget, a melyekben a levegő hőfoka sokkal alacsonyabb, mint a bőr.

11. Erősebb napsütéskor többször esett meg, hogy a hőmérsék a végbélben süllyedt, mint gyengébb napfényben. Ezen eredményt nem lehet véletlen esélyeknek tulajdonítani, mert számos esetben és kifejezetten mutatkozott. Magyarázata az, hogy erősebb napsütés idején a levegő páratartalma kisebb szokott lenni és hogy a bőr erősebb fényben érzékenyebben reagál. Ezen két tényező pedig együttesen lényegesen előmozdítja a bőr párolgását, tehát a test lehűtését is.

12. A test felületesebb rétegei tehát a szabad sütkérezés alatt jobban melegedtek fel, mint a test belseje. Ez utóbbinak hőmérséke a szabad sütkérezés alatt az összes esetek átlagában nem változott, de az egyes eseteket tekintve sok esetben néhány (legfeljebb 4–5) tized fokkal emelkedett, de viszont sok esetben néhány tizeddel süllyedt is. Süllyedni különösen akkor szokott, ha a test párolgását erőlyes bőrreactio és a szervezet bőséges víztartalma vagy külső körülmények (intenzív fénysugárzás, a levegő csekély páratartalma, szél) kedvezően befolyásolták, vagy ha a test hőmérséke már a napfürdő előtt a rendesnél magasabb volt, a mi a legtöbb esetben a bőr reactioját szintén fokozta.

Azért olyanokról, kiknek hőmérséke subfebrilis (sőt talán nagyobb fokban lázasokról is), a sütkérezés alatt, ha meztelen testtel történik, inkább azt várhatjuk, hogy hőmérsékük a végbélben süllyedni fog, mint az ellenkezőjét. Különösen akkor várhatjuk ezt, ha a test párolgását bővebb vízázással és a napfürdő helyes alkalmazásával elősegítjük (rövid napfürdők intenzív fényben, lehetőleg száraz időben és a légmozgástól túlságosan el nem zárt helyen).

Abból pedig, hogy a végbél hőmérséke akkor, a mikor a test felmelegszik vagy lehül, a hónaljától néha lényegesen eltér, sőt ellenkező irányban is változik, az következik, hogy a hónaljban mért hőmérsékből nem szabad a test belső hőmérsékére biztos következtetést vonnunk. Mert, ha ezt tesszük, nemcsak a napfürdőben, hanem minden olyan alkalommal, a mikor a test hőváltozásokon megy keresztül, tévedéseknek leszünk kitéve. Mint a hogy én is tévedtem, a mikor régebbi vizsgálásaim alkalmával a hónalj hőmérsék kifejezett emelkedéséből azt következtettem, hogy a test belseje a szabad sütkérezés alatt mindig felmelegszik.

**Irodalom.** 1. *Walser*: Luft- u. Sonnenbad, Leipzig 1902. 2. *Singer*: Blätter f. klin. Hydrotherapie, 1904. 3. *Liebe*: Luft- u. Sonnenbäder in Heilstätten f. Lungenkranke. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, 11. kötet, 202. old. 4. *Ryloff*: (Russky Wratsch) ref. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie, 8. köt. 175. old. 5. *Lenkei*: Folytatólagos vizsg. a napf. hatásáról a test némely functionjára. Orvosi Hetilap, 1905. (Az 1. és 2. pont *Liebe* nyomán citálva.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

**Gyógyszertan.** Orvostanhallgatók és orvosok számára írták **Vámosy Zoltán** dr. egyet. magántanár, **Fenyvessy Béla** dr. egyet. magántanár és **Mansfeld Géza** dr. egyet. tanársegéd. Budapest, Mai H. és fia kiadása. Ára fűzve 10 korona, kötve 12 korona. Nagy 8<sup>o</sup>, 418 oldal.

*Bókay Árpád* tanárnak három tehetséges és nagy szorgalmú tanítványa, kiknek tudományos dolgozása immár a szakirodalom terén is számot tesz, ezen a címen derék munkával gazdagította

az úgy sem gazdag magyar tankönyvirodalmat. A könyv megjelenésének, úgy látszik, kegyeleti vonatkozása is van, mert a szerzők *Bókay* tanárnak, 25 éves tanársága emlékére ajánlják fel.

A munkának, melyet *Bókay*-nak érdekes bevezetése nyit meg, beosztása és tárgyaló rendszere a régi, kipróbált csapáson: a hatástani systemán halad. Nem gáncsul, hanem ellenkezőleg, dicséretül említjük ezt; mert bármit mondjanak némelyek a „tudományosabb” chemiai vagy botanikai beosztásról, kétségtelen, hogy a leendő vagy már gyakorló orvost nem ez, hanem a hatástani, therapiái beosztás elégíti ki, mert vele kapja a legbiztosabb áttekintést a pharmacológiának máris oly terjedelmes és napról napra rendkívüli mértékben gyarapodó anyagáról. A munka mindenütt figyelmet fordít a nemsokára megjelenendő gyógyszerkönyv harmadik kiadására; közli az ebbe felvett erős hatású gyógyszerek legnagyobb adagját, a szövegben megjelöli, hogy mely szerek lesznek hivatalosak stb., szóval a ki ezt a kis munkát forgatja, jövődó pharmacopoeánk mivoltáról is tájékoztató képet nyerhet.

Elkerülendő azt, hogy a könyv nagyon terjedelmes legyen, a szerzők csak annyit vettek fel a gyógyszerisméből és a gyógyszerészeti chemiából, a mennyinek tudása feltétlenül szükséges még a gyakorlóorvosnak is. Ennélfogva a mű nem is tekinthető tulajdonképpen complet „gyógyszertannak”, tekintve, hogy a pharmacognostikus része csak vázlatos. Annál behatóbban és a mai élettani nézeteknek is megfelelő módon vannak tárgyalva a hatástani részletek és ez csak örvendetes, mert mindenki alá fogja írni az előszónak azt a megjegyzését, hogy jó pharmacológiát csak biztos élettani alapon lehet ma már írni. Különös gonddal és szépen dolgozva ki az egyes gyógyszercsoportokat általánoságban jellemző, bevezető fejezetek, szintűgy a gyakrabban használatos, fontosabb gyógyszerek beható tárgyalására is szemmel látható gondot fordítottak a szerzők. Külön kiemelendőnek tartom, hogy a gyógyszerhatások tárgyalásában mindenütt szemmel tartják az elméleti chemiának újabbban megállapított s a gyógyszer-tan szempontjából is olyannyira fontos tételeit, nemkülönben az élettani chemiának újabb haladását, mely nap-nap után érzeteti módosító hatását a régebbi időből származó gyógyszerhatástani elméletek területén. Az e tárgyalásban megnyilatkozó modern felfogást tartom a könyv legnagyobb érdemének; mert szilárd ugyan a hitem, hogy sok mostanában felmerülő elmélet, melyet a physikai chemia hívei általános érvényességű törvényül akarnak bevinni a pharmacodynamia területére, nemsokára megtalálja a maga czáfolatát, hiszen a biológiai tudományok történetében garmadával akadna arról beszélő példa, hogy a szervezet bonyolult mechanizmusa sokszor nem respektálta a tetszetős elméleteket, akármilyen nagy volt is a magister, a ki azokat alkotta s akármennyi volt is a discipulus, a ki azokra esküdött. Bizonyos azonban, hogy a jövő haladása a gyógyszer-tanban is azon az úton van, melyre a szerzők léptek, mikor könyvük szerkesztésében beható figyelemben részesítik az elméleti chemia ama fejezeteit, melyek a gyógyszerhatások magyarázatában értékesíthetők. Szívesen konstátálom, hogy a szerzők e részben a külföldi nagy irodalmat is megelőzték; legalább a magam részéről nem ismerek olyan idegen nyelvű munkát, mely kézikönyvszerű, összefoglaló volta mellett ily alaposan méltatná a modern elméleti chemiának azon fejezeteit, melyek a gyógyszerhatástanban is értékesíthetők.

Természetes, hogy az ilyen természetű és méretű munkában itt-ott helyesbíthető állítások is előfordulnak. Rámutatok néhány ilyenre, már csak azért is, hogy ez az ismertetés ne lássék tiszta eulogiának. A kéneseömérgezéskor található vesebeli mészlerakódásokról (80. lap) az van mondva, hogy ebben a nekrobiosis folyamatban a mész nyilván a vérből és nem a csontokból jut a vesébe; holott ma már kísérletes úton bebizonyítottak tekinthető, hogy mindezen toxikus eredetű elmeszesedésekben a csontok calciumja rakódik le az illető szervekben. A 218. lapon az van mondva, hogy „mióta *Gautier* kimutatta, hogy a normális emberi szervezet is tartalmaz kis mennyiségű arsen” stb. Jól tudom, hogy az irodalomban mindenütt a *Gautier* névéhez fűzik az arsennek a szervezetben való előfordulása felismerését. Nem tiltakoztam ellene sehol és soha s itt sem a magam, hanem az igazság érdekében jegyzem meg, hogy én már öt évvel a francia vegyész előtt, 1894-ben, kimutattam és közzétettem, hogy az emberi vizelettel állandóan kis mennyiségű arsen távozik a szer-



vezetből. A 10. és 17. lapon az áll, hogy az ép állapotú bőrön át csak az illó természetű vegyületek szívódhatnak fel; ezen, még Magendie-től származó nézetet magamnak pikrotoxinnal s újabban Gallard-nak (ép bőrön) jodnatriummal végzett kísérletei megcáfolták. A 268. lapon azt olvassuk, hogy az aethyl-aether felfedezője Frobenius volt; holott ezen vegyületet már 1540-ben felfedezte Valerius Cordus, sőt úgy látszik, hogy már Paracelsus altatott is vele (tyúkokat). Az anyarozsról az van mondva, hogy az ascomyceták családjába tartozik, legalább más helyeken mindenütt a családnév van zárójelbe téve, úgy mint itt is. Helyesen: család Hypocreaceae, osztálynév pedig Euascomycetes. Általában kíváncsi voltam volna, ha a könyvnek egyéb helyein is a most használatos és általánosan elfogadott növénytani beosztáshoz és nevezéktanhoz ragaszkodtak volna a szerzők. Akkor elmaradt volna a „papilionaceae” kifejezés, a juniperus „bogyói” stb. is. Ezen apró hiányok természetesen mit sem rontanak a könyv tudományos értékén; inkább didaktikai szempontból kíváncsi vagyok az ilyesmi helyesbítése, hogy az orvosnövendék tőle távolabb eső terrénumon is megszokja a szabatos és modern kifejezéseket.

A munka elég jó magyarsággal és folyékonyan, itt ott nagyon tömören van megírva. Egy-két sápkór, jegecz, tápcsatorna, szemcse, okát képezi, mérgezést szenved előfordul ugyan benne, de csak igen szóróványosan. Nagyobb kár, hogy a *lob* olyan sok helyen éktelenkedik; ideje volna, hogy ezt a furesa parasitát egyszersmindenkorra agyonverjük és Isten segítségével kipusztult társa: a „dag” mellé eltemessük.

Még csak azt kell megjegyeznem, hogy az idegen kifejezések sok helyütt hibásan vannak írva s az effélék: *Hyppokrates*, *Bowmann*, *Cheine-Stokes*, *Haidenhain*, *Heidenheim*, *Forben* (Froben helyett), *aethiologia*, *hyppursav*, *salicylulsav*, *anticestoda*, *antinematoda*, *venisectio*, *strophantus* (sokszor), *hyoscyamus*, *periphaerikus*, *haemicrania*, *phenetidin*ek, *absynt-olaj*, *appetitiva*, *erythrea centaurium*, *pilocarpum*, *antidiarrhoeicum*, *calabass-curara*, *crystallatum*, *rob juniperi*, elég gyakran előfordulnak, nem szólva a *syrupus diacodii*-ről, melyet tudvalevőleg helyesebb volna *sirupus diacodion*-nak írni, mivel a *diacodion* már úgy is genitivusban van. Mindezek csak az író toll lapszalai, hogy úgy mondjam: apró szépséghibák; de tudományos könyvben, melynek minden betűjét gondosan olvassák, mégis felöltlenek s kissé figyelmesebb korrektúra ezeket is könnyen kiküszöbölhetné.

A minden tekintetben érdemes és hasznos könyvet melegen ajánlom az olvasni és okulni szerető orvos és orvosnövendék figyelmébe.

K. Gy.

## Lapszemle.

### Belorvostan.

A gyomorfekély körjelzésére alkalmasnak véli Bönniger azon eljárását, a melylyel megvizsgálja, fokozódik-e a fájdalom savanyú folyadéknak a gyomorba vitele után. Reggel éhgyomorral a vizsgálandó egyén gyomrába szondát vezet, s ha kisebbfokú erőlködés után sem ürül gyomortartalom, 100 cm<sup>3</sup> vizet bocsát be. A beteg mozgatása után kibocsátott folyadékot vegyi és mikroszkopi vizsgálat céljaira elteszi. Ezután 100–200 cm<sup>3</sup> 1/10 normal sósavat önt be. Ha a betegnek gyomorfekélye van, a sósav erős fájdalmat idéz elő, a melyet tej itatásával azonnal megszüntethetünk. A beteg helyzetváltoztatása, a hasfal massage-átján a folyadék érintkezése a gyomorfallal tökéletesebbé tehető. Ha reactio nem jelentkezik, a gyomorfekély elég biztossággal zárható. A vizsgálatnak csak oly esetekben van értelme, melyekben a betegek különben is panaszkodnak gyomorfájdalomról. A kivétel alkalmával a gyomornak üresnek kell lennie, hypersecretio continua, nagyobbfokú motorius elégtelenség és gyomorvérzés esetén meg sem kísérelendő. Bönniger nagyszámú esetben próbálta ki e módszert, s eredményeit dicséri. A reactio úgy egészséges, mint egyéb gyomorbajokban szenvedő egyénekben negativ volt, csak elterülő, kifekélyesedett rák eseteiben támadt enyhe fájdalom. A fekélyben szenvedőkön a fájdalom fokából a gyógyulás előrehaladására is következtetés vonható, eltűnése a teljes gyógyulás jelének tekinthető. A szerző egyébként még a gyomornak a Röntgen-átvilágítás közben végzett tapintását is ajánlja. A mi a

gyógyítást illeti, kiemeli a tejfelt, a melyet Senator ajánlott először. A bismutot 10 gm.-os adagban éhgyomorral adja. (Berl. klin. Wochenschrift, 1908. 8. sz.)

Ország.

Az idült pankreatitisről szóló közlésében Walko összefoglalja ezen bajra vonatkozó eddigi ismereteinket s egyúttal felhívja a figyelmet egy eddig nem ismert körülményre, az idült pankreatitis kíséretében támadó anaemiára. Egyik betegén ugyanis az idült pankreatitis kifejezett tünetei mellett a vér is megváltozott volt: a vörösvérsejtek száma 1.300.000, a fehéreké 7000, a haemoglobintartalom 39%, a vörösvérsejtek halványak; poikilocytosis, polychromatophilia mutatható ki, továbbá karyokinesisben levő sok normo- és megaloblastot láthatni; a fehérvérsejteken jelentősebb elváltozás nincs. A szerző ezt az anaemiát következőképpen magyarázza: ismeretes, hogy a pankreasnedv erősen vérséjztoldó hatású; ha már most a pankreas elválasztó működése tovább folyik, a termelt nedv azonban nem folyhatik a duodenumba a pankreas fejében székelő folyamat miatt, belejut a vérkeringésbe s kifejti vérséjztoldó hatását. (Archiv f. Verdauungskrankheiten, XIII. kötet, 5. füzet.)

Meningitis tuberculosa gyógyult esetét ismerteti Jemma tanár. Az irodalomban az utóbbi években több esetet közöltek, a melyekben a bakteriologiai vizsgálattal is igazolt meningitis tuberculosa meggyógyult. Csakhogy ezekkel az esetekkel szemben azt a kifogást emelik, hogy nem tulajdonképeni gyógyulásról van szó, hanem csak huzamosabban tartó remissioról. A szerző esetében ez az ellenvetés nem állhat meg, mert a gyógyulás most már 4 éve tart. Hogy csakugyan gümőkóros eredetű volt a meningitis, a gerincszelvi folyadékkal tengerimalaczokon történt próbaoltások eredménye bizonyítja. A szerző különben sem tudná magyarázatát adni, hogy miért ne gyógyulhatna meg a meningitis tuberculosa; hiszen elég gyakran látjuk, hogy más savós hárttyák (peritoneum, pleura) gümőkórja is néha gyógyulással végződik. (Pediatria, 1907. november.)

### Idegkórtan.

Petroleumgőz okozta mérgezés érdekes esetét közli Gowers. A 38 éves férfi eleinte ízérzésében vett észre zavart, a mennyiben az édes ételeket sósnak tartotta. Ez hamar elmúlt, de helyette kellemetlen feszülés bántotta nyelés közben, majd nehéz lett a nyelése és ez a tünet néhány hét alatt annyira fokozódott, hogy csak folyékony táplálékkal élhetett. A beszéd hasonló lett a myastheniában észlelt beszédhez. Az első szók kifejtése tiszta volt és szabad, de csakhamar gyengült a hang és tökéletlen lett a kiejtés úgyannyira, hogy egy-két percz múlva nem lehetett érteni a szavát. A beteg e közben érezte, a mint nyelve nehezebben mozgott. A szemmozgás ép volt, nevetéskor a szájzug alig tért ki. Mindehhez a sternum táján nyomásérzés társult, de egyébként semmi kóros tünet sem mutatkozott. A villamos reactio jó volt. Három heti pihenés és strychninkezelés után jelentékeny volt a javulás és egy-két hónappal utóbb a beteg újból foglalkozásához látott. A foglalkozás abban állott, hogy zárt helyiségben petroleumgépek működését kellett ellenőriznie és itt állandóan ki volt téve a petroleumgőzök behatásának. A munkába állás után rövidesen újból előállottak a régi tünetek, bár ezúttal kisebbmértékben, mert a már egy ízben elszenvedett baj figyelmeztette a beteget a munka abbahagyására. Strychninpilulák szedése és pihenés hamar javulást és gyógyulást hozott. A régi foglalkozás abbahagyásakor az elmondott tünetek eddig (2 év alatt) nem újultak ki. Gowers valószínűnek tartja, hogy a petroleum égéstermékei, különösen ha az elégséges nem teljes, okozhatnak ilyen a myastheniához némileg hasonló tünetesoportot, bár hasonló esetről nem értesült. Ez szerinte azonban nem mond ellent nézetének, mert az egyéni érzékenységek nagy a szerepe a mérgezésekben. Gowers az irodalomban is csak kevés petroleumgőzmérgezést talált. Ezek közt idézi Massanek közlését, a melyben füstölő petroleumlámpától világított szobában megmérgezett két fiúról szól. Továbbá a Times napilapban olvasható, hogy petroleummal fűtött motorkocsikkal foglalkozó egyénekben észleltek kellemetlenségeket. (Review of neurology and psychiatry, 1908 január.)

Kollarits Jenő dr.



A középponti scotoma a tabesban eddig alig talált elfogadásra. A legtöbbet ezt a látászavart méreghatásból magyarázták, a mely a tabes mellett fejtette ki káros befolyását. Knapp (Halle a. S.) ezt a kérdést két eset kapcsán teszi megbeszélés tárgyává. Az első betege határozottan tabesos volt, a mennyiben pupillamerevség, fájdalomzavar, gyöki hypaesthesia, fokozódó ataxia kísérte a rossz látást. Ez az ember igen sok dohányt fogyasztott. Így a retrobulbusos neuritis gyanúja nem kerülhető el. A jobb szemén a lamina cribrosa látható volt, az erek szűkek voltak és a látótér központi szűkületet mutatott. Ez egészben véve tabeslelet, a melyre a dohánynak fokozó hatása lehetett. A bal szemén a viszonylagos fehér-kék scotoma a látótér szűkítése nélkül egyedül dohánymérgezési tünet lehetett. A másik beteg szakgató fájása, pupillamerevsége, inreflexhiánya, érzésvizsereg, szemizombénulása ugyancsak tabesra utalt. A jobb szemén eleinte abszolút scotoma támadt, a melyhez később látótér-szűkület csatlakozott, a bal szemén a scotoma viszonylagos volt, később itt is szűkült a látótér. Ez a beteg nem volt alkoholista. Ezt munkástársai és munkaadója is állították és nem is volt dohányos. Így az abszolút scotoma tabesos jelnek tekinthető és felvehető, hogy a látóideg középső rostjai fájultak el. (Monatschr. f. Psych. u. Neurol., 1907. 4. sz.) Kollarits Jenő dr.

### Sebészet.

A pankreas-sipoly gyógyítása. Egy évvel ezelőtt közölte volt Wohlgemuth egy pankreas-sipolyos betegen tett azon tapasztalatát, hogy a pankreas-secretiót a táplálék minősége épen úgy befolyásolja, mint a hogyan azt Pawlow kutyaén kimutatta. Szénhidrátokban dús táplálékra nagyon bőséges volt az elválasztás, fehérjével táplálkozás esetén erősen csökkent a secretio és zsírokkal táplálás után úgyszólván teljesen megszűnt. A sósav erősen fokozta az elválasztást, a natrium bicarbonicum pedig határozottan csökkentette. Ennek megfelelően szigorú diabetesdietaet (zsírokat és fehérjét) rendelt a betegnek s naponként többször natrium bicarbonicumot vétetett be, a mivel elérte, hogy a secretio fokozatosan csökkent; minthogy pedig a sipoly záródásának fő akadály a bőséges secretio, a secretio csökkenésével a sipoly lassanként szűkült és aránylag rövid idő alatt teljesen záródott. Azóta mások is tettek kísérletet ezzel az eljárással, így Heineke, Holmeier, Schmidt. Ez utóbbinak esetében a műtéttel kezelt pancreatitis haemorrhagica után visszamaradt sipoly, mely már 1 3/4 éve állott fenn és semmi hajlandósága sem volt a gyógyulásra, az említett eljárás igénybevétele mellett 2 hét alatt teljesen begyógyult. Mostani cikkében Wohlgemuth részletesebben ismerteti eljárását. A többi között kiemeli, hogy a sipoly záródása után nem szabad azonnal a vegyes kosztára áttérni, hanem a szigorú diétaet még folytatni kell 3—4 napig s csak azután szabad fokozatosan átmenni a vegyes kosztára. A natrium bicarbonicumból kávéskanálnyit ad kevés vízben oldva 1/2 órával minden étkezés előtt és utána is. (Berliner klinische Wochenschrift, 1908. 8. sz.)

A Mc Burney-féle pont viszonyát az appendix eredéséhez kutatta Lanz (Amsterdam). Hullákon pontosan meghatározta a féregnyúlvány eredéshelyét és a következő eredményre jutott:

1. Az appendix eredéshelye sokkal állandóbb, mint a hogy általánosságban vélik.

2. A Mc Burney-féle pontnak az appendix fekvéséhez semmi köze.

3. A Mc Burney-féle pont megfelel a colon ascendens mediális oldalának és körülbelül 4—5 cm. nyire esik az appendix basisa fölé.

Ritkább eset, hogy a Mc Burney-féle pont az ileum be-szájadzásának felel meg a colonban; az appendix basisa csak kóros körülmények között, például erősebb ascitesben, fekszik közelebb a Mc Burney-féle pont területéhez.

4. A féregnyúlványnak basisa rendszerint a két spina ant. superior összekötő vonal középső harmadának jobb oldali határpontja alá esik. Festékkidatok intraperitoneális befecskendezése után ezen helyen Lanz vagy az appendix basisát vagy magát az appendixet látta megfestve.

L. szerint tehát az interspinális vonal említett pontjának

nagyobb a jelentősége a féregnyúlvány localisatiojában mint a Mc Burney-féle pontnak.

Az említették értelmében a szerző nem érti, hogy egyes sebészek miért tulajdonítanak oly fontosságot ép a Mc Burney-féle pont palpatiojának. Szerinte lehetséges, hogy az ezen pontra gyakorolt nyomáskor a coecum csúcsán a bélgázok megfeszülnek, vagy hogy összenövésük vongáltatnak s így támad a fájdalom. Gyakran tapasztalta appendectomia után is, hogy megmaradt a Mc Burney féle ponton az érzékenység. (Centralblatt für Chirurgie, 1908. 7. szám.) Gergő.

A mastitisek kezelése szívókészülékkel gyermekágyasokon. Zangemeister (Königsberg) a Bier-féle szívókezelést gyermekágyasok mastitisében kísérlete meg; észlelései egészen friss mastitisekre terjednek ki, a puerperium első két hetén belül, míg az eddigi közlések javarésze oly emlőmirigygyulladásokra vonatkozott, melyekben az abscedálás is már megkezdődött.

Zangemeister az utolsó 3 félév alatt 50 idevágó eset közül 33-szor követte a régi eljárást, 17 szer pedig Bier harangot alkalmazott. Ezen 17 eset közül 11-ben, azaz az esetek 65%-ában állott be genyedés, míg az eddigi kezelésmódok mellett (a gyermek elválasztása, az emlők felkötése stb.) genyedés csak az esetek 19%-ában volt észlelhető.

Zangemeister szerint tehát a Bier-féle szívókezelés nem alkalmas módszere a heveny puerperális mastitisek kezelésének; az elgenyedés veszélye a szívókezeléskor növekszik. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 8. szám.) Gergő.

### Szülészet és nőorvostan.

A placenta praeviáról ír R. Freund magántanár (Halle). A szerző szerint a physiologiás és kóros viszonyok megértésére jogosult a méhnek 3 szakaszra való felosztása: corpus, cervix s a kettő közötti segmentum. Ezen utóbbi már minden nem terhes méhen praeformálva van és általában a méh alsó szakaszának nevezik. Aschoff anatómus szerint ezen zóna alsó szélé egybeesik az orificium internum histologicummal, vagyis a corpus és cervixnyálkahártya határával; felső szélét a szülés alatt képződő contractionális gyűrű alkotja. Ezen alsó szakasz nyálkahártyája azonos a corpuséval, izomzata meg a cervixéhez hasonló: a terhességben decidua képződik rajta és a terhesség közepétől kezdve és még inkább a szülés alatt ezen szakasz megnyúlik. Ezen alsó szakasz nyálkahártyája alkalmas arra, hogy ott pete megtapadjon és tovább fejlődjék. A belső méhszájnak bolyhokkal való befedését illetően még nem tisztázódtak a nézetek. A szerző 3 lehetőséget említ: így a belső méhszájon egybeolvad a nyálkahártya az oda befészkelődött pete befolyása alatt; vagy pedig a bolyhok körülburjánsoznak a belső méhszájat, mely mint minimális rés el-tűnik a kész placentában és végül a placenta reflexa-theoria szerint a bolyhok a pete alsó polusán a megvastagodott reflexában továbbfejlődnek és ezen reflexa-lebeny összetapad a szembefekvő verával. Freund szerint placenta praeviában a vérzés az előlfekvő placentalében befedő decidua megszakadásából származik, a mikor az intervillous ürök megnyílnak. A szerző szerint a nomenklaturában a „méh alsó szakasza“, „placenta praevia vaginalis, partialis, totalis“ kifejezések meghagyandók, csak mint új megkülönböztetendő a többektől észlelt placenta praevia cervicalis elnevezés, hol a lepény a cervicalis csatornában fejlődött le egészen a külső méhszájig. Freund a hallei klinikának alapelveit mondja el ezután, a melyek szerint az utóbbi 4 év alatt a placenta praeviát kezelték. Mérsékelt, a terhesség alatt keletkező vérzésekben: ágyynyugalom és szigorú, lehetőleg klinikai megfigyelés. A hüvelytamponade kerülendő és csak szükségből alkalmazandó az intézetbe való szállítás esetén. Ritkán (bő vérzés esetén és esukott cervix mellett) az egész hüvely szorosan tamponálendő néhány órára Fritsch előírása szerint steril, nedves gazezel. Mivel erősebb vérzésekben a cervicalis csatorna már átjárható, ilyenkor nem tamponál, hanem a könnyen elérhető burkot megrepeszti és vár; el nem érhető burkok mellett, ha életképes a magzat és az anya erőbeli állapota jó, metreuryst alkalmaz Champetier de Ribes-féle ballonnal; a méhszáj teljes kitérítése után vagy bevárja a spontán szülést, vagy pedig a körülmények szerint fordítással fejezi be azt.



A metreuryssisnek a szerző szerint négy órán túl nem szabad tartani; ha az eljárás sikertelen, valamint éretlen magzat esetén és végül az anya életét veszélyeztető állapotban ajánlja a szerző a fordítást Braxton-Hicks szerint és utána várakozást. Ha a vérzés lehozott lábak mellett is tovább tart, a húzás alkalmazandó, lassan és egyenletesen, míg a far beékelődik, a mikor azonnal megszűnik a vérzés. Extractio csak teljesen eltűnt méhszáj mellett eszközölendő. Ha a fej kifejtésére szűknek bizonyul a méhszáj, olyan fogás alkalmazandó, melylyel a magzathoz levegőt juttatunk és lassan tágitjuk a méhszájat és az arc előtt lesimitjük azt. A hysterotomia anterior, a melyet a szerző a klinikák számára tart fenn, csak mint prophylaxisos műtét jön számba. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 4. szám.) Bogdánovics dr.

#### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Diatetikusoknak való kenyér Jaquet szerint könnyen süthető a beteg otthonában a következő utasítás szerint: 100 gm. finoman őrölt buza-korpát, 4 gm. salep-port, 100 gm. tejfölt, 5 gm. vaját, 5 gm. konyhasót, 5 gm. ammoniumcarbonatot, 8 gm. kömény-magot és 2 tojássárgáját tésztává gyúrva, 12 órán át szobahőmérséken állani hagyunk befedett edényben. Azután 2 tojásnak habbá vert fehérjét adjuk hozzá s az egészet vajjal kikent cserépedényben megsütjük. Ily módon körülbelül 200 gm. súlyú, kissé lágy, jóízű kenyeret kapunk, a mely jófajta korpá használatára esetén legfeljebb 5% szénhydrátot tartalmaz. (Ref. Medizinische Klinik, 1908. 7. szám.)

A heveny köszvényroham ellen Becker szerint legjobb szer a colchicin. 1 milligrammot tartalmazó pilula alakjában adja, mégpedig 1/4 óránként vétet be egy-egy pilulát, összesen 4-et, s ha a fájdalmak ezután nem szűntek meg teljesen, 5 óránként ad még egyet-egyet. Prophylacticum gyanánt is adhatók a colchicin-pilulák (naponként 3). A külsőleg használt szerek többnyire semmit sem érnek, legjobb még a gyakran változtatott hideg borogatás. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1908. 8. szám.)

A sószegegy diaetáról a gümőkóros hashártyalobban tartott előadást Alwens a tübingeni orvos-természettudományi egyetemen egyik utóbbi ülésén. Ascites-szel járt gümőkóros hashártyalob 5 esetében használta a sószegegy diaetát azzal az eredménnyel, hogy 5—7 hét alatt az ascites teljesen eltűnt, noha tetemes fokú volt. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 1. szám.)

Az ásitás prognostikai jelentőségéről ír Geigel (Würzburg). Tapasztalatai szerint ugyanis ha a beteget ásitani látjuk, a közvetlen életveszély kizárható. A nemásítás természetesen egymagában még nem jogosít a kedvezőtlen prognosist. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 5. szám.)

#### Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1908. 11. szám. Aujeszky Aladár: A serum-készítés elvei és technikája. Porosz Mór: A zavaros vizeletről.

Orvosok lapja, 1908. 11. szám. Balázs Dezső: Adatok a homok-óra-alakú gyomor kóránához. Jankura Iván: Agyvérzés.

Budapesti orvosi ujság, 1908. 11. szám. Schiller Károly: Incarcerált sérv radikális műtete után keletkezett funiculustorsio esete. Gyógyulás castratio után.

#### Vegyes hírek.

Kinevezés. Thassy Gábor dr.-t Zalamegye főispánja megyei főorvossá nevezte ki. — Á sárkányi járásorvosi állásra Wirtzföld Béla dr.-t nevezték ki. — Schwartz Bertalan dr.-t Szombathelyen pályorvossá nevezték ki. — Pánczél Jenő dr.-t és Zilahy Jenő dr.-t alorvossá, Pécsi Jenő dr.-t, Bernáth Dezső dr.-t és Sánta Péter dr.-t pedig segédorvossá nevezték ki a székesfehérvári kórházakhoz.

Egyetemi alkalmazások a budapesti egyetemen. Megválasztottak: Az elmekórtani klinikához: Reuter Camillo dr. I. tanársegédnek, Goldberger Márk dr. II. tanársegédnek, Csordás Elemér dr. III. tanársegédnek és Winter Ferenc dr. díjas gyakornoknak. Az I. sz. belklinikához: Roth Miklós dr. díjtalan gyakornoknak. A II. sz. nőklínika-hoz: Balogh Andor dr. díjas gyakornoknak. A gyógyszer-tani intézet-hoz: Hamburger Erzsébet, Probstner Artur és Verzár Frigyes díjtalan gyakornoknak. A közegészségtani intézethez: Füllinger Ferenc díjas gyakornoknak (meghosszabbítás).

Győry Tibor dr. egyetemi magántanár lakását IV., Ferencz-József-rakpart 3. sz. alá tette át.

A magyar orvosi könyvkiadó-társulat március hó 30.-án d. u. 6 órakor tartja évi közgyűlését a budapesti kir. orvosegyesület (VIII., Szentkirályi-utca 21.) helyiségében a következő tárgysorozattal: 1. Eloői megnyitó. 2. Titkári jelentés a társulat működéséről. 3. A pénztár-vizsgáló bizottság jelentése. 4. Az igazgató-tanács egy harmadának megválasztása. Kilépő tagok: budapestiek: Dollinger Gyula, Grósz Emil, Klug Nándor, Korányi Frigyes; vidékiek: Kovács Sebestyén Endre, Mann Jakab, Purjesz Zsigmond, Tauscher Béla. A kilépő tagok újra megválaszthatók. 5. Öttagú pénztár-vizsgáló bizottság választása. Azon tagok, kik az ülésen nem jelenhetnek meg, szavazatukat Székely Ágoston dr. I. titkárnak (IX., Knezits-utca 15) írásban is beküldhetik.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletének a magyar általános biztosító-társulat 50 éves jubileuma alkalmával az orvosoknak az életbiztosítási ügyekben való közreműködése elismeréseképpen tízezer koronát adományozott, néhai Gebhardt Lajos dr. pedig három-ezer koronát hagyott. Ilyenformán a nevezett segélyegylet alaptőkéje most csaknem 180 ezer koronát tesz, mely összegnek kamatait elszegényedett orvosok vagy özvegyük illetve árvaik segélyezésére fordítják. Az alapszabályok értelmében segélyre jogosult mindazon szegény orvos (illetve özvegye és árva), a ki 3-évig tagja volt az egyesületnek. Ajánljuk az egyesületet minden kartárs figyelmébe.

A budapesti egyetem II. számú női klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét február hóban 97 esetben vették igénybe. A műtétek száma 67 volt.

A budapesti poliklinika rendeléseinek február hóban 3152 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 11,808 volt.

Meghaltak Hüfner G., a physiologiai chemia tanára a tübingeni egyetemen, március 14.-én 68 éves korában. — Chirone V., a gyógyszer-tanára Nápolyban.

Kisebb hírek külföldről. Az erlangeni egyetemen a belorvostani poliklinika vezetőjévé rendkívüli tanári minőségben Mohr L. dr. berlini rendkívüli tanárt hívták meg. — A rostoecki egyetem kórbonezolóstanai tanszékére Schwalbe E. dr.-t, a karlsruhei városi kórház prosectorát, heidelbergi cz. rendkívüli tanárt, hívták meg. — Jurasz A. dr.-t, az ismert heidelbergi gégeorvost a lemergi egyetemre tanárnak hívták meg.

Jelen számunkhoz a Pearson et Co. czég „Hogyan kell „Jodvasogen“-t belsőleg bevenni? című prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Digalen“ című prospektusa van csatolva.

„Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatorium. Ujjonnan épült magángyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII. Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospectus.

#### Budapesti Zander-gyógyintézet

VIII., Muzeum-körút 2. Teljes physikális gyógyberendezés. Főbb javallatok: Idült gyomorbélatonia, székrekedés, elhízás, köszvény, csúsz, idegszabák (ischias stb.). Csonttörések és egyéb sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Érelmeszesedés, szívbetegségek, bronchialis asthma (villamos fényfürdővel), neurasthenia, bénulások. Gyenge testalkatú gyermekek fejlesztése (Zander módszerével). Gerinczélgyöngbűlések.

**JUSTUS Dr. bőrbajosokat** gyógyító intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. 4327. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógy-módo-k.

**„VÖRÖSKERESZT-KÓRHÁZ“ BUDAPEST, SANATORIUMA.** I., Győri-út 17.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Orvosi laboratórium: Vezető: Dr. Vas Bernát, Poliklinika. (Szövetség-utca 14—16.) Telefon sz. 90—46.

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete, Budapest VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kívánatra bővebb értesítés.

Elektromágneses intézet, Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúsz stb. Prospectus. Vezető orvos: Réh Béla dr.

Orvosi laboratórium: Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd. Andrássy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. Nőbetegek és szülők részére.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**Tartalom.** Magyar Tudományos Akadémia. (III. oszt. ülése 1908 márczius 16.-án.) 209. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (IX. rendes tudományos ülés 1908 márczius 7.-én.) 209. l.

## Magyar Tudományos Akadémia.

(III. oszt. ülése 1908 márczius 16.-án.)

Elnök: **Entz Géza.** Jegyző: **König Gyula.**

**Ónodi Adolf** levelező tag előterjeszti **Kanasugi Hidegoro** tanárnak (Tokyo) Budapesten végzett vizsgálatait.

1. *A hangképző központról.* Kuttyákon végzett kísérletei azt mutatták, hogy a látótelep, az agykocsi megsértése a hangképzést nem szüntette meg, az elülső ikertelepek magasságában, valamint a hátsó ikertelepek magasságában történt átmetszése az agytörzsnek a hangképzésre befolyással nem volt, végül a hátsó ikertelepek mögött történt átmetszése a negyedik agykamara fenekének a hangképzést nem szüntette meg. Ezen vizsgálatok megerősítik **Ónodi**-nak kuttyákon végzett kísérleteit, valamint a perforált emberi újszülötteken és torzszülötteken tett észleleteit, melyek szerint a hátsó ikertelepek mögött még egy subcerebrális központ létezik. További kísérleteket fog otthon végezni a negyedik agykamara többi részletén a subcerebrális hangképző központ közelebbi viszonyait illetőleg, továbbá arra nézve, hogy ez a hangképző központ minő viszonyban áll a gége respiratorius mozgásainak nyúltvelői automatás beidegzésével.

2. Az orr üregeit illető vizsgálatai a *Highmor-üreg csontthiányaira és topographiai metszetekre* vonatkoznak. Az embertani intézet 3500 koponyája közül a Highmor-üreg falain élettani csontthiányokat 26 fejen a következő leletekkel észlelt: A facialis és hátsó falon nyolcz esetben mindkét oldalon egy csontthiány, két esetben a jobb oldalon egy, a bal oldalon kettő, öt esetben a jobb oldalon egy, négy esetben a bal oldalon egy, egy esetben a jobb oldalon kettő, három esetben a bal oldalon egy érbarázdán egy, egy esetben a jobb oldalon egy érbarázdán egy, két esetben mindkét oldalon az orbitális falon kettő. Ezen csontthiányok nagy gyakorlati fontossággal bírnak a Highmor-üreg genyes megbetegedéseinek eseteiben, a mennyiben a kóros üreg nyálkahártyája érintkezik a csontthiányával, másrészt az érbarázdákban levő csontthiányok a beteg üreg nyálkahártyáját közvetlen érintkezésbe hozzák az ott haladó gyűjtőerekkel.

Ez úton súlyos szövödmények támadhatnak, mint genyes csontthiánygyulladások, thrombophlebitisek, orbitális phlegmone, koponyaűri és agyi megbetegedések.

A mi az orrüregek topographiai metszeteit illeti, 40 tanulságos szép készítményt gyűjtött, melyeket a tanítás céljaira hazavisz.

3. *Adatok a hallószerv bonczolás- és kórtanához.* Vizsgálatait négy irányban végezte. Az embertani és bonczotani intézetek 4000-nél több koponyáján vizsgálta a csecsnýjtvány területének különböző alakviszonyait, azután Röntgen-képeken vizsgálta a csecsnýjtvány sejtjeinek viszonyát a koponyaűrhöz és a gyűjtőeres öblökhöz, továbbá topographiai metszeten hossz-, haránt- és nyírlírányban vizsgálta a hallószerv viszonyát a koponyaűreghez, a gyűjtőeres öblökhöz és az agyvelőhöz, végül a kórbonczotani intézetek 13,400 bonczolásának otogen agytályogait gyűjtötte össze egy felette tanulságos eset kapcsán.

A csecsnýjtvány szélessége 20 és 30 mm., magassága 30 és 60 mm. és vastagsága 11 és 16 mm. között ingadozott. Négy esetben volt processus mastoideus duplex. A torus supramastoideus 1602 esetben volt észlelhető, a hossza 10 és 15 mm. között ingadozott. 330 esetben észlelte a csecsnýjtvány kettős csücsét. A teljes fissura mastoideosquamosa jelenlétét mindkét oldalon 26 esetben, egyik oldalon 14 esetben, a részleges fissura mastoideosquamosa jelenlétét mindkét oldalon 260 esetben, egyik oldalon 85 esetben észlelte. A mi a foramen occipitomastoideum előfordulását illeti, 410 esetben kettősen találta mindkét oldalon és 650 esetben az egyik oldalon, 49 esetben hármisan mindkét oldalon és 191 esetben az egyik oldalon, 4 esetben négyesen mindkét oldalon és 11 esetben az egyik oldalon. A nyílás

tágassága 1 és 26 mm. között ingadozott. A csecsnýjtvány csontthiányát mindkét oldalon 27 esetben, egyik oldalon 16 esetben, kettősen az egyik oldalon 12 esetben, hármisan az egyik oldalon 5 esetben és négyesen az egyik oldalon 8 esetben látta. A processus paramastoideus előjvetelét 3 esetben mindkét oldalon és 3 esetben az egyik oldalon észlelte. Az os tympanicum csontthiányát kétoldalt 182 esetben és az egyik oldalon 209 esetben találta. Foglalkozik ezen alakviszonyok gyakorlati jelentőségével.

A Röntgen-felvételek tanulságos módon tüntetik fel a csontos koponyán a csecsnýjtvány sejtjeit, azok elrendeződését, nagyságát és viszonyát a koponya üregéhez és a gyűjtőeres öblökhöz.

Számos tájbonzolástani metszet 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> formollal injiciált fejen mutatja homlok-, haránt- és nyírlírányú síkokban a sebészileg fontos tájbonzolástani viszonyokat, a csecsnýjtványnak és sejtjeinek, a dobüregnek és a labirinthnek viszonyát a koponyaűreghez, a gyűjtőeres öblökhöz, az agyvelő halántéklebenyéhez és a kis agyvelőhöz.

Végül a Rókus- és szt. István-kórházban bonczolt 13,400 eset közül otogen eredetű koponyaűri és agyvelői szövödményeket a következő esetekben talált: 14 esetben agytályogot, 6 esetben agyastályogot, 2 esetben agy- és agyastályogot, 5 esetben agytályogot és meningitist, 4 esetben agytályogot és sinusmegbetegedést, 5 esetben sinusmegbetegedést, 4 esetben meningitist, 1 esetben agyastályogot és meningitist és egy esetben sinusphlebitist és meningitist. Egy szép esetet részletesen ismertet: az otogen eredetű gyógyult agyastályog mellett két szokatlanul nagy, a nyakszirti és fellebenyre terjedő latens agytályog volt.

## Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1908 márczius 7.-én.)

Elnök: **Prochnov József.** Jegyző: **Verebélly Tibor.**

## Neuritis retrobulbaris acuta.

**Barlay János:** A 39 éves rendőrellenőr folyó évi február hó 28.-án jelentkezett rendelésünkön és elpanaszolta, hogy látása egy hét óta fokozatosan, de rohamosan romlik. Ezt megelőzőleg 3 hétig tartó erős fejfájás kínozt.

1892-ben állítólag uleus venereuma volt, mely miatt katonakórházban gyógyították, de antilueses kúrában nem részesült. Látása ekkor jobb szemén  $\frac{5}{30}$ , a balon  $\frac{5}{7}$  volt. Látóterei rendesek, scotomát kimutatni nem tudtunk. A jobb szemfenék ép. A bal papillán kisebb fokú pangás jelei láthatók. Mindkét középső orrkagyló nyálkahártyája polypusosan túltengett. Látása azóta tetemesen romlott. Jobb szemén tárgylátása nincs, csak fénysejtése van. Pupillája tág, nem reagál, a szemfenéken elváltozás nincs. Bal szemével 1 meterről olvas ujjakat, látótere concentrumosan szűkült.

Centrális színscotoma. A papillán mérsékelt pangás jelei. Tekintettel a látásnak gyors romlására, a szemfenéknek ezzel nem arányos elváltozásaira és a bal szemén talált színscotomára, a bajt acut retrobulbaris neuritisnek kell tartani.

Az anamnesisben említett lueses fertőzést véve tekintetbe, kenőkrút végzett a beteg, de javulást nem észleltünk, ezért figyelmünket valamelyik melléküreg megbetegedésére kell irányítani.

## 1. Tumor retrobulbaris. 2. Exophthalmus.

**Barlay János:** I. A 20 éves nőbeteg egy éve veszi észre, hogy jobb szeme kidülled; fájdalmai nem voltak. Jobb szemének látása  $\frac{5}{70}$ . Látótere szabad, scotomája nincs. A bal szem látása



teljes. A jobb orbita külső felében tömött, hátraterjedő daganat tapintható, mely a könnymirigyet kissé előre, a szemet pedig ki- és lefelé tolta és egyúttal előre is nyomta. A szem mozgásai ki- és felfelé korlátozottak. A szemfenéken pangásos papillát találtunk. A beteg szervezetében egyéb eltérés nincs.

II. A 41 éves nőbeteg elmondja, hogy állítólag 4 hete bal szeme kidülledt. Két hét óta feloldali fejfájásai vannak, szemét nehezen tudja mozgatni és ez mindig fájással jár. Egy koraszülést említ, egyébként mindig egészséges volt. Felvelekor látása a jobb szemén teljes, a balon  $\frac{5}{10}$ . Látótere szabados, scotomája nincs. A bal szem a másikhoz képest 6 mm.-rel előbbre áll. A szemmozgások minden irányban, különösen pedig ki- és befelé korlátozottak. A szemgolyó visszatolása némi fájdalom mellett könnyen sikerül. A szemfenék ép. A helyi orvostani vizsgálat negatív. A rhinológiai vizsgálat mindkét orrnyálkahártya polypusos túltengését derítette ki. A rostaüregeket Pauz dr. megnyitotta.

A két esetet a megkülönböztető körjelzés, valamint a gyógyítás szempontjából tartottam érdemesnek a bemutatásra. Az első esetben az exophthalmust a szemgolyó mögötti daganat, a másodikban pedig a szemgolyó mögötti kötőszövetnek gyulladásos infiltrációja okozza és feltevéseink beigazolást is nyert, mert egyrészt kenőkére, másrészt a rostaüregek megnyitása után a második betegen a látás teljes lett, a szemmozgások szabadabbak s a protrusio is kisebbedett (4 mm.). A mi a retrobulbáris daganatot illeti, Krönlein-féle időleges resectioval alkalmasint sikerülni fog azt a szem megtartásával eltávolítani.

#### Sarcoma epibulbare.

**Barlay János:** A 69 éves nőbeteg elmondja, hogy 3 évvel ezelőtti látása bal szemén heves gyulladásos tünetek kíséretében megromlott és orvosa vidéken operálta. A látás e szemén azóta nem javult. Időközben jobb szemének látása is rossz lett és körülbelül 3 hónap óta e szemén valami növedék keletkezett. Tárgylátása egyik szemén sínes, fényérzése mindkét szemén jó, a localisatio azonban a bal szemén felül kissé szűkült. A jobb arcán egy a limbusból kiinduló, bőven érezett, lágy, élesen elhatárolt, helyenként festékes daganatot látunk, mely az alapjával mindenütt szorosan összefügg. E szemén öregkori szürke hályogja is van. Bal szemén gyuladástól származott oclusio pupillae et colobomae is látható. A jobb szemén látható daganat kétségkívül rossztermésű. Az esetet részint az epibulbáris daganat ritkasága, részint azon válságos helyzet miatt mutatom be, melybe a beteg bal szemének vakasága miatt jutott.

Ez esetben főtörekvésünk lesz a bal szemet látásra hozni. A jobb szemén a daganatot lehetőleg az ép szövetben vezetett metszésekkel leválasztjuk és alapját megkauterezzük.

Valószínű, hogy helyi recidivát kapunk. Ha eredményre nem jutunk, a jobb szem enucleatioja javult.

**Pauz Márk:** Hogy a neuritis retrobulbaris és a papillitis az orrmelléküregek gyuladása is előidézhethet, ma már kétségtelen, habár a pontosan észlelt esetek száma nem nagy. Leginkább a hátulsó rosta-sejtek és az ikéből gyulladásos és genyedő folyamatai azok, melyek mint a látóideggyulladás előidézői figyelmet érdemelnek. Az egyetemi szemklinikán került észlelés alá 23 éves nő, a kin nátha után a jobb szem látása néhány hét alatt  $\frac{5}{10}$ -re romlott. Az orrvizsgálat a rostaüregben székelő gyuladást derített ki. Cocain-tonogen-tampon behelyezésére sok geny ürült és a látás néhány nap alatt  $\frac{5}{10}$ -re, a rostaüregek megnyitására pedig  $\frac{5}{5}$ -re javult. Egyúttal a kifejezetten észlelt papillitis is rohamosan visszafejlődött. Egy második esetben 39 éves férfin, a ki lueszt állott ki, néhány hét alatt teljes amaurosis fejlődött ki. Teljesen ép szemfenék mellett egyik szemén sínes sem tárgylátás, sem fényérzés. Kiterjedt lueses ronsó folyamat az orrüregben. A rostaacsont nagy sequester alakjában eltávolított. Az ikéből geny. Az orrkezeléssel együtt antilueses kezelést is végeztek, mire a látás: a jobb szemén 5 m.-re olvas ujjakat, a bal szemén 2 m.-re. Ennél több elérhető nem volt. Később a papillák decoloratioja is kifejlődött.

Egy harmadik esetben 20 éves férfin fejlődött ki baloldali papillitis. Baloldalt gyulladásos folyamat a rostaüregekben. Ezek megnyitására másnap a látás  $\frac{5}{20}$ -ra; majd további két nap alatt  $\frac{5}{10}$ -re javult, a papillitis pedig visszafejlődésnek indult.

Ezen esetek igazolják, hogy hasonló esetekben az orrüregre nagyon is ügyelni kell.

#### Kétoldali empyema thoracis esete.

**Bauer Lajos:** N. J. 1 $\frac{1}{2}$  éves gyermeket 1907 május havában azzal a panasszal hozták a szent Margit-kórház gyermekorvostani rendelésére, hogy pár nap óta lázas, köhög. A mellkas vizsgálatakor jobboldalt hátul-alul pneumonia crouposa észlelhető. A folyamat szövödmény nélkül gyógyult. Egy hónappal később a bal csípőizület gyuladásának tünetei jelentkeztek, a melyek néhány nap alatt annyira fokozódtak, hogy a bal gluteális tájon hullámzás is érezhető. A műtét alkalmával kitért, hogy a periarticuláris tályog közlekedik a csípőizülettel, a melyből mintegy 1 $\frac{1}{2}$  deciliter genyet távolítottunk el. A genyben a bakteriológiai vizsgálat pneumococcusokat derített ki. A sebnyílás a rendes drainezésre három hónap alatt teljesen behegedt, úgy hogy a bemutatáskor a gyermek egészen jól jár.

1907 november utolsó napjaiban jelentkeztek a kétoldali empyema tünetei; punctioval mindkét mellkasfelben geny található, a melyben tisztán csak pneumococcusok mutathatók ki; az empyema kisterjedelmű volt, jobboldalt a VI., baloldalt a VII. borda magasságáig ért. A Dieulafoy-féle aspirátorral tettünk kísérletet, mely alkalommal a jobboldali pleuraüregből mintegy 50 gm.-nyi sűrű genyet kaptunk, utána a tompulat feltisztult, s a mellüreg többé nem is télt meg genyvel. A másik oldali empyemát pár nap múlva akartuk aspiratioval eltávolítani, ezt azonban a gyermeknek közbejött enteritise miatt csak 10—12 nap múlva tehattük. Ekkor azonban ezen oldali pleuraüregből már nem kaptunk genyet, az empyema ezen az oldalon, talán az előző próbapunctio hatására, felszívódott.

#### Szárkapocsizominficizamodás (luxatio habitualis tendinum m. perinei longi et brevis).

**Bartha Gábor:** Az egyik vagy másik, vagy mindkét szárkapocsizom inának ficzamosodása — mint az izominficizamodás általában — a ritkábban előforduló sérülések közé tartozik. Ez az első eset, melyet észlelni alkalmam van. Boldogult Lumniczer tanár elbeszéléséből tudok egy másik hasonló esetről. A ficzamosodás rendszeren ugrás közben jó létre oly módon, hogy a szárkapocsizmok inait a külső boka mögött letartó szalag (retinaculum) elszakad s az inak a külső boka elé kerülnek. Így történt a jelen esetben is.

S. J., 24 éves magánhivatalnok, 11 éves korában az iskolában mindkét lábával álló helyzetből egy körülbelül 80 cm. magas padra akart felugrani. A padról lecsúszott s úgy esett a földre, hogy jobb lába a bokaizületben erősen supinált helyzetbe került. Orvosi segély igénybevétele nélkül, nyugalomra és borogatásokra aránylag rövid idő alatt úgy helyreállott, hogy lábát egészen jól használhatta, csupán azt tapasztalta, hogy ha lábát megfeszíti és kifelé fordítja, a bokaacsont mögött fekvő in a bokaacsontra felugrik. Ez azonban nem akadályozta meg, hogy az 1902—3. évben, mint gyalogos önkéntes-évet le ne szolgálja. A múlt év június havában, tennisjáték közben, midőn a hálót átugrotta, lába ismét erősen supinált helyzetbe került s érezte, hogy az in sokkal erősebben ugrott ki helyéről, mint azelőtt s ezután állandóan a bokaacsont maradt.

A beteget a sérülés után három héttel láttam. A lábtő még akkor is eléggé dagadt volt. A ficzamosodott inakat könnyen lehetett reponálni. A rögzítő kötés, majd massage és fürdők — tehát oly eljárások, melyek a heveny ficzamosodás esetén eredményre vezetnek — ez esetben céltalannak bizonyultak. A mint a beteg lábát megfeszíti és távolítja, a mint tehát a szárkapocsizmok működnek, a ficzamosodás azonnal létrejön. Ez történik minduntalan járás közben is. Ilyenkor a betegnek meg kell állani s a ficzamosodott inakat reponálni hogy tovább mehessen.

Ez alkalommal ezen ritkán előforduló, érdekes kóresetet csupán ismertetni kívántam. A gyógyítást célzó operatív eljárásokkal foglalkozni akkor szándékozom, ha az esetet a tervezett műtét sikere esetén ismét bemutathatom.

#### A typhus-allergiapróbák diagnostikai értékéről.

**Ország Oszkár:** Eredeti közléseink során egész terjedelemben hoztuk.



## PÁLYÁZATOK.

5108/908. sz.

Arad vármegye közkórházánál megüresedett két a orvosi állásra pályázatot hirdetnek.

A másodorvosi állás javadalmazása 1400, illetve 1600 korona évi fizetés, a kórház belterületén egy szobából álló bútorozott lakás, fűtéssel, világítással és élelmezéssel.

Az 1400 koronával javadalmazott állásra az egy évi kórházi gyakorlatra lkötelezett orvosok is pályázhatnak.

A kinevezés ideiglenes, a mennyiben ezen állások két évi időtartamra esznek betöltve.

Felhívom mindazokat, kik az állást elnyerni óhajtják és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának 2. pontjában körülírt képesítéssel bírnak, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket f. évi április hó 5-ig hozzám terjesztsek be.

Arad, 1908. évi március hó 19-én.

Dálnoki Nagy Lajos, alispán.

1097/908. sz.

A járásom területén alakított XXXIII. orvosi kör körorvosi állásának betöltése czéljából ezennel pályázatot nyitok.

A pályázni kívánó orvosokat felhívom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket, netáni eddigi alkalmaztatásukat feltüntető működési bizonyítványokkal együtt a f. évi április hó 30-áig annál is inkább nyujtsák be hatóságomnál, mert a később beérkezendőket figyelmen kívül fogom hagyni. A választás napját a pályázati idő lejártával fogom megállapítani s arról pályázókat értesíteni.

A betöltendő körorvosi állás székhelye Karásznó község. A XXXIII. orvosi körbe vont községek lélekszáma 6788 lélek.

A körorvos javadalma 1200 korona évi törzsfizetésből, a törvényhatóságilag megállapított látogatási díjakból, ezen látogatásokkal kapcsolatos természetbeni fuvar vagy az ennek megfelelő úti költségekből, a halottszemle- és himnlóltási díjakból áll. Hivatalos kötelei körébe a trachomakezelés is tartozik.

A közszolgálat szempontjából óhajtható volna, hogy pályázók a velük közlendő választási határnapon esetleg azt megelőzőleg hatóságomnál szemlélyesen megjelennének.

Ezen pályázati hirdetményemet a „Várm. Hiv. Lap”-ban és a körbe vont községek költségére az „Orvosi Hetilap”-ban közölni rendelem.

Kiszúcsaúj hely, Trecsén vm. 1908. évi március hó 20-án.

Csetkó Jenő, járási főszolgabíró.

4635/908. sz.

Zemplén vármegye sátorajúj helyi „Erzsébet” közkórházánál lemondás folytán megüresedett és évi 1600 korona fizetés, valamint a kórházban természetbeni lakás és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-aiban előírt képesítésüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Zemplén vármegye főispánjához czímezve, hozzám f. évi április hó 15-éig adják be.

Az állás 1908. évi május hó 1-én lesz elfoglalandó. A kinevezendő segédorvosnak az egyes osztályokra leendő beosztása az igazgató-főorvos jogát képezi.

Sátorajúj hely, 1908. évi március hó 11-én.

2-1

Dókus, alispán.

300/908. sz.

Gömör és Kishont vármegye rozsnói járásában Csetnek székhellyel Kisgencs, Sebespatak, Rekenyőújfalva, Kuntapolcza, Gacsalk, Hámosfalva, Martonháza, Rozsalfalva, Nagyszabos, Szabados, Berdárka, Annafalva, Márkuska, Kiszabos, Gecsefalva, Restér és Pétermány községekből rendszeresített **körorvosi állásra** az 1886. évi XXII. t.-cz. 82. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 144. §-a alapján pályázatot hirdetnek.

A körorvos javadalmazása a f. évi március hó 27-én tartandó vármegyei közgyűlés jóváhagyó határozatának fentartásával évi 2000 korona törzsfizetés, 600 korona úti átalány és 300 korona lakpénzben állapított meg.

A körorvosi látogatási díjakra nézve valamennyi község részéről a következő egyezségi ajánlat tétetett:

A körorvos székhelyén az orvos lakásán való rendelésért 50 fillér, a havonként egyszer minden községben teendő hivatalos látogatás alkalmával a községhez tartozó teendő rendelésért 50 fillér, a beteg lakásán helyben vagy hivatalos látogatáskor a községben 1 korona, külön meghívásnál a fél által természetben adandó vagy megtérítendő megfelelő fuvaron kívül nappal 2 korona, éjjel 4 kor. díjazás illeti meg a körorvost.

A megállapított úti átalányból fedezni tartozik a körorvos a hivatalos látogatások, himnlóltási és járványok esetén szükséges rendkívüli hivatalos látogatásokhoz szükséges fuvaroköltségeit.

A megválasztandó körorvos a községektől kiszolgáltatandó javadalmazáson kívül a „Concordia” vasgyár és bányatársulattól évi 200 korona tiszteletdíjat élvez.

A körorvos választása az 1886. évi XXII. t.-cz. 83. §-a értelmében Csetneken, a községhez tartozó f. évi április hó 6-án d. e. 10 órakor megtartandó közgyűlésen fog megejtetni.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143 §-ában előírt minősítésüket, valamint eddigi alkalmazásukat és illetőségüket igazoló eredeti okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz f. évi április hó 1-éig nyujtsák be.

Rozsnó, 1908. évi március hó 5-én.

3-2

Nagy Elemér, főszolgabíró.

207/908. kig. sz.

Az 1600 korona fizetéssel és 600 korona úti átalánnyal rendszeresített **gavosdiai körorvosi állásra** pályázatot hirdetnek.

A kör Gavosdia, Lugoshely, Zsena, Kricsova, Cserestemes, Szendelak-Magur, Tápió, Harmadia, Zsidóvár, Zgribest, Kis-Zorlencz, Szilváshely, Gyula-telep és Csukás községekből áll. A községek egymáshoz igen közel fekszenek, egy részük vasuton bentazható, maga Gavosdia pedig forgalmas vasuti állomáshelyet is képez.

A községek összes lélekszáma 12,000 s a kórhöz több nagyobb uradalom tartozik.

A körorvos a községeket havonta kétszer meglátogatni, a vagyontalan betegeket ingyen kezelni tartozik; a vagyonos betegektől a szabályrendeletileg megállapított díjak szedhetők.

Lakást (4 szoba, megfelelő mellékhelyiség, házi kert) a körorvos részére Gavosdia község biztosít, melyet a körorvos a község által megállapított megfelelő lakásbér ellenében köteles igénybe venni.

A pályázati kérvényben pályázók az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítésüket s eddigi munk üdésüket igazolni kötelesek, f. évi április hó 20-áig kötelesek hozzám benyújtani. A választást Gavosdia községhez tartozó f. évi május hó 16-án d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Székely, 1908. évi március hó 5-én.

2-2

Biró Béla, főszolgabíró.

681/908. sz.

Kisküküllő vármegye hosszúaszói járásába kebelezett Zsidve nagyközség **községi orvosi állása** üresedésben lévén, ezen állásra ezennel pályázatot hirdetnek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítésüket, valamint netaláni eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi április hó 14-éig adják be.

A választást f. évi április hó 15-én Zsidve községhez tartozó d. e. 10 órakor fogom megejtetni.

Megválasztandó orvos állását legkésőbb május hó 1-én köteles elfoglalni. Annak előrebocsátásával, hogy az orvos javadalmazásának rendezése most van foganatban s végleges rendezéshez még csak a törvényhatósági közgyűlési határozat szükségeltetik, közlöm, hogy az orvos javadalmazása lesz:

Törzsfizetés a dztmártoni m. kir. adóhiv. havi előleges részletekben felvehető 2000 korona. A község által szolgáltatandó lakás, 2 szoba, egy rendelőszoba, konyha, kamra, megfelelő összes gazdasági épületek s kertből.

A hússzemle és halottkémlés díjtalan teljesítéséért 4 hosszú öl tűzfű. Látogatási díjak: első látogatás a beteg lakásán 1 korona s minden további 50 fillér.

Az orvos lakásán 40 fillér.

Megjegyzem, hogy a községben gyógyszerház van.

Hosszúaszó 1908. évi február hó 29-én.

3-3

Fazakas Géza, főszolgabíró.

Az alulírott betegpénztárak Zernesten (vasuti állomás, kb. 4000 lakos, népes vidékkel) **orvost** keresnek, ki már gyakorlattal rendelkezik. A magyar és német nyelv ismerete szükséges. Évi díjazás 3600 korona, szabad lakás, fűtés, világítás. Mindkét gyár műszaki és kereskedelmi tisztviselői nem tagjai a betegpénztárnak, s kötelesek az orvost külön díjazni. Magánygyakorlat megengedve. Pályázatok az alulírott betegpénztárak valamelyikéhez, Zernest pr. Brassó küldendők.

A Brassói Cellulosegyár r.-t. betegpénztára.  
Copony Márton papírgyárának betegpénztára.

3-2

## HIRDETÉSEK.



A Bór és Lithion tartalmú  
GYÓGYFORRÁS

# SALVATOR

kitűnő sikerrel használtatik  
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és  
köszvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

## Húgyhajtó hatású!

**Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!**  
Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipőci Salvatorforrás-Vállalatnál  
Budapest, V. Rudolfrakpart 8.







# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes Endre.

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

**LENHOSSÉK MIHÁLY** EGYET. TANÁR ÉS **SZÉKELY ÁGOSTON** EGYET. TANÁR,  
FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

**Mellékletei:** SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÓRTAN Babarcei Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. UROLOGIAI SZEMLE Illyés Géza szerkesztésében 4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Szabóky János:** Közlés a székesfővárosi bakteriologiai intézetből (igazgató: Vas Bernát dr. egyetemi magántanár) és a szt. István-kórház VIII. orvosi osztályából (főorvos: Dieballa Géza dr. egyet. magántanár). Az opsoninokról és értékesíthetőségükről a tuberculosis diagnózisában, prognózisában és terápiájában. 210. l.

**Arany S. Zsigmond:** A diabetes pathogenesise. 213. lap.

**Tárcza. Tornai József:** Müncheni levél. 216. lap.

**Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Leo Langstein:** Die Albuminurien älterer Kinder. — **Max Verworn:** Zur Psychologie der primitiven Kunst. — **Gyógyszer-tan. Molnár Viktor:** Hydropyrin. — **Frankl:** A sós hasajtók hatásmodja. — **Bel-orvostan. Bloch:** Pylorusszűkület és gyomorfekély. — **Dietlen és Moritz:** A szív magatartása testmegerőltetés után. — **Tsuchiya:** A fehérje mennyiségének meghatározása a vizeletben. — **Hochhaus:** A vena cava superiorinak aorta-aneurysma okozta hirtelen elzáródása. — **Sebészet. Manert:** Az appendicitis és ulcus

ventriculi összefüggése. — **Vulpinus:** Az arthrodesis értéke. — **Nordmann:** Az intraperitoneális húgyhólyagrepedés. — **Fizikai gyógyításmódok. Frankenhäuser, Leduc és Albrand:** Az iontophoresis. — **Bőrkórtan. P. G. Uuna:** A gyapjú-zsíradék hydrophiliája és az eucerin, a gyapjúzsírból újonnan előállított kenőcs-alapanyag. — **Winkler:** A chrysarobinnak hatása a vesékre. — **Fül-orvostan. Uffenorde:** Otogen sinus thrombosis esete tünet nélküli lefolyással. — **Kisebb közlemények az orvosi gyakorlatra. J. Gordon Sharp:** Arsen chorea ellen. — **Gebhardt:** Szer tüdőgümőkórosak éjjeli izzadása ellen. — **David:** Szer csontgümőkór ellen. — **Windmüller:** Szer szaruhártyahamályosodás eseteiben. 218—221. l.

**Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. Orvosok lapja. Budapesti orvosi újság.** 221. lap.

**Vegyes hírek. Pályázatok. Hirdetések.** 221. lap.

**Tudományos társulatok és egyesületek.** 222—225. lap.

**Melléklet.** A Goedecke és társa lipcei cég „Jodofan” készítménye. — Az Apotheke zum heiligen Geist készítményei.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Közlés a székesfővárosi bakteriologiai intézetből (igazgató: Vas Bernát dr. egyetemi magántanár) és a szt. István-kórház VII. orvosi osztályából (főorvos: Dieballa Géza dr. egyet. magántanár.)**

**Az opsoninokról és értékesíthetőségükről a tuberculosis diagnózisában, prognózisában és terápiájában.**

Irta: **Szabóky János** dr., v. egyetemi klinikai tanársegéd, fűrdőorvos Gleichenbergben.

A fertőzés és immunosság lényegének magyarázatával legújabbban az aggressinelmélet, a bakteriotropanyag elmélete és az opsoninelmélet foglalkozik.

A nem új aggressinelméletnek, melynek alapja a Kruse-féle<sup>1</sup> antilysinelmélet s melyet Detre önálló leukotoxin- és antileukotoxin-elmélete előzött meg, megalkotója Bail. Ő a fertőzés lényegét a bakterium aggressivitásában, az immunosság lényegét pedig a nedvekben keringő s az agressint közömbösítő antiagressinben találja.

A Neufeld- és Rimpau-féle bakteriotropanyag-elmélet lényegében megegyezik az opsoninelmélettel. A nevezett szerzők azt találták, hogy a pneumococcus- és streptococcus-immunsavóban bakteriumot öltö immuntestek nincsenek, de igenis olyan anyagok, melyek a bakteriumokra úgy hatnak, hogy azután a leukocyták tönkre tudják tenni. Ezt az anyagot bakteriotropanyagának, a vérsavót pedig, mely ezt az anyagot tartalmazza, bakteriotrop vérsavónak nevezik.

Az opsoninelmélet lényege az, hogy az immunosság a phagocyták és a vérsavó együttműködésének eredménye, és ha igaz is, hogy a phagocyták pusztítják el a szervezetbe jutott bakteriumokat,

<sup>1</sup> Kruse szerint a lysin olyan bakterium termelte anyag, mely a szervezetnek védőkészülékét támadja meg, s ezzel a bakterium iránt való fogékonyság növekszik. Az immunszervezetben Kruse antilysint tételez fel, mely a kórnemző bakterium lysinjének közömbösítése által a szervezet védőkészülékének szerepét ismét érvényre juttatja. Az antilysin megfelel a Bail-féle antiaggressinnek s a Detre-féle antileukotoxinnak.

azok csak akkor képesek erre, ha a vérsavó a bakteriumokat számukra már előkészítette.

Nem czélom ezen előadásomban mindhárom elmélettel bővebben foglalkozni, hanem csak az opsoninelméletre fogok kiterjeszkedni.

Noha a vérsavónak a phagocytosist előmozdító hatását Wrighttel együtt Gruber és Futaki, előtte pedig Leishman, Denys és Leclef is tanulmányozta, az opsoninelmélet alapján mégis Wright-et kell tekintenünk, mert ő volt az, ki az új elméletet kidolgozta, felépítette s a gyakorlat terén értékesítette. Az ő tana, mely csakhamar átment az Atlanti-óceán túlsó oldalára, csodálatos lassú léptekkel haladt át a Calais-esatornán. Weinstein, Sauerbeck és Joest jó német nyelvű összefoglaló ismertetései sem elegendők arra, hogy az opsoninok iránt a kellő érdeklődést felkeltsek; mint újdonságot csak tudomásul vesszük. A legutolsó évben találkoztunk csak egy-egy kontinensi közleménnyel, melyben az opsoninindex meghatározásával gyakorlatilag is foglalkoznak.

Mi az opsonin? Mik az opsonin jellemző tulajdonságai? Az opsonin, mely elnevezés a görög ὀπσωνέω = étkezésre beszerzek, előkészítek szóból származik, egy a vérsavóban lévő anyag, mely a bakteriumokat a phagocyták számára előkészíti, hogy őket fel-falhassák. A serum ezen tulajdonságát Wright a vérsavó opsonikus tulajdonságának nevezi. A vérsavó ezen opsonikus tulajdonsága specifikus, mert benne minden bakterium részére külön opsonin létezik, melyet azután a különféle bakteriumok absorbeálhatnak. A bakteriumok ily módon sensibilissé, opsonizálttá lesznek, a vérsavó opsonizáló képessége pedig más bakteriummal szemben ugyan nem, de az illetővel szemben megfogó (Bullock, Atkin, Hektoen, Rüdiger). Az opsonin fenti tulajdonságát a következő példával illusztrálom: Egy vérsavó, mely például 37 C° mellett 5—45 percig tuberculisbacillusokkal volt összekeverve, a tuberculisbacillusokkal szemben már csak igen esékély opsonizáló erővel bír, holott a staphylococcusokkal szemben opsonizáló erejét teljesen megtartotta.

Úgy a normális vérsavóban, mint az immunsavóban egyaránt van opsonin. A normális vérsavóban lévő opsonin a normál opsonin; ez az időszaktól és külső befolyásoktól függetlenül szűk határok között ingadozik, felmelegítve hatásában veszít s 60 C° hőmérséken 10 perc alatt tönkremegy. Az immunsavóban lévő



opsonin, az immunopsonin úgy képződik, hogy a fertőzött állat szervezetében a kórokozó bacillusok erősödött opsoninképzés útján ellenreactiót hoznak létre; az ellenreactio nagysága a szervezetbe vitt bakteriumtermékek mennyiségétől függ s oly egyénekben, kikben általános az infectio, erősen ingadozik. Az immunopsonin felmelegítve hatásából nem veszít. Ha a normálopsonin és immunopsonin thermostabilitása, illetve thermostabilitása azt a látszatot kelti is, hogy a kétféle opsonin nem azonos, mégis sokkal valószínűbbnek látszik Wright, Dean s mások azon feltevése, hogy az immun-savóban több lévén az opsonin, jobban állja a hőt. A hő által megváltozott opsonint opsonoidnak nevezzük. Knorr vizsgálatai azt mutatják, hogy a vérsavó opsonizáló hatása 24 óra alatt felére fogy, a vérsavó opsonizáló értéke szobahőmérséken 6 óra alatt nem nagyobb, mint 37 C°-on 1/2 óra alatt, s Biné és Lissner vizsgálatai szerint 0° mellett 1/5-ére süllyed.

A kísérletek bebizonyították, hogy az opsonin a legtöbb bakteriumra igen, de minden bacillusra nem mutatható ki. Ezt bizonyítja Wright osztályozása is; mielőtt azonban ezt ismertetném, igen röviden ki kell tennem az ő saját és Douglas észleleteire, mert hiszen az osztályozáskor ezeket is tekintetbe vették, melyek szerint némely bacillus a leukocytákban feltűnő alakváltozást szenved, mások pedig fel is oldódnak (bakteriolysis).

Wright a kórmező bakteriumoknak 4 osztályát különbözteti meg. 1. Olyanokat, melyek a vérsavó bakteriumölő, bakteriumoldó és opsonizáló hatása iránt kiválóan érzékenyek. 2. Olyanokat, melyek a vérsavó bakteriumölő és bakteriumoldó hatása iránt csak mérsékelt, de opsonizáló hatása iránt kiválóan érzékenyek. 3. Olyanokat, melyek a vérsavó bakteriumölő és bakteriumoldó hatása iránt nem, de az opsonizáló hatás iránt kiválóan érzékenyek és 4. olyanokat, melyek a vérsavó említett hatásai iránt egyáltalán nem érzékenyek.

Hektoen és Rüdiger kísérletei kimutatták, hogy minél higítottabb a vérsavó, annál kisebb a phagocytálási szám s ha ennek alapján némelyek fel is vették, hogy a leukocyták vérsavó nélkül tehetetlenek, ezt a feltevést csakhamar megdöntötték egyrészt Löhle, Sauerbeck, Davis, Lövenstein és Miss Tunnicliff, kik kimutatták, hogy a vérsavótól jól kimosott fehérvérsejtek is fel tudják venni a bakteriumokat, másrészt pedig Löhle azon tapasztalata — melynek alapján a bakteriumokat három csoportra fel is osztotta<sup>1</sup> —, hogy bizonyos bakteriumok még serumhatás mellett sem phagocytálódhatnak.

Nem tisztázott tény még a vérsavó opsonizálhatósága és a bakterium virulentiája közti viszony. Míg némelyek azt állítják, hogy a bakteriumnak annál nagyobb az ellenállása az opsoninhatással szemben, minél virulensebb, addig mások egyenesen kizártnak tartják a virulens bacillus opsonizálhatóságát. Ha valamely szervezeten fel van szerelve opsoninnal s egy fertőző bakterium ennek ellenére virulensnek bizonyul az illető szervezetre nézve, ennek oka az, hogy az opsonin hatását egy specifikus bakterium termelte anyag, az antiopsonin, mely alkalmasint azonos az agressinnal, lysinnel s leukotoxinnal, közömbösítette. Vannak anyagok, melyek az opsonin hatását lényegesen csökkenthetik (Hektoen), így bizonyos sók, chloroform, alkohol, tejsav; mások pedig, mint pl. az élesztő, nuclein, jelentékeny opsoninszaporulatot hoznak létre.

Az a törekvés, mely arra irányult, hogy az opsoninokat az eddig ismert antitestek valamelyikével azonosítsa, biztos eredményre eddig nem vezetett. Nem elegendő a normál opsonin thermostabilitása ahhoz, hogy a complementtel, s nem elegendő az immun opsonin thermostabilitása, hogy az amboceptorral azonosítsuk. Az agglutininval sem tekinthető az opsonin azonosnak, mert nem felelkezik vele s a hő iránti érzékenységek is különbözők.

Az opsoninelméletről ennyi elég, amál is inkább, mert egyrészt Aujeszky-nek az Állatorvosok lapjában megjelent ismertetésében — melynek én is használtam — elolvashatni a többit, másrészt pedig, mert a gyakorlati rész megértésére — mert hisz ezzel foglalkoztam — a mondottak teljesen elegendők.

Mielőtt az opsoninelmélet gyakorlati alkalmazására áttérnék,

<sup>1</sup> 1. Olyan bakteriumok, melyek serum nélkül is phagocytálhatók, 2. olyan bakteriumok, melyek serummal könnyen phagocytálhatók s 3. olyanok, melyek serummal sem phagocytálhatók.

előbb az opsoninmeghatározás technikájáról s a megérthetőségre szükséges néhány elnevezésről kell megemlékeznem.

Nem térek ki Leishman kezdetleges módszerére, sem a Wright által régebben alkalmazott eljárásokra, hanem a következőkben csak a ma használatban levő meghatározási módot fogom leírni. Az opsoninindex meghatározásakor szükségünk van: normális serumra, a beteg serumára, bakteriumemulsióra s tisztán kimosott fehérvérsejtekre.

A vérvétel vékonyra kihúzott pipettával történik, melynek tágabb felső vége be van hajlítva s szintén vékonyra van kihúzva. Vérvétel előtt a befórasztott steril pipetta két végét letörjük s a pipetta hosszabb végét az előzőleg lekötött ujhegyen a köröm alá szúrjuk; a pipetta másik végével felszívjuk a vért. A pipetta azon végét, melyet a köröm alá szúrtunk, 4—5 cm.-rel a pipetta tágult része alatt mindjárt be kell forrasztani, a másik végét csak akkor, mikor a vér kihűlt és visszahúzódott; befórasztás helyett viaszkal is betapasztathatjuk a két végét, ha pedig a serumot rögtön elhasználjuk, a levegőtől elzárás nem is szükséges. A kiválasztott serumot centrifugálás után hajszálpipettával leszívjuk.

A fehérvérsejtek előállítása következőképen történik: a két végén befórasztható üvegsőbe vagy üveghengerbe, melybe előzőleg 2/3 részéig 1/2—10/0-os citromsavas nátriumot tartalmazó physiologiai konyhasóoldatot adtunk, vért veszünk. A vért az oldattal jól összekeverjük s addig centrifugáljuk, míg a vértestecskék leülepedtek; a tiszta folyadékot lepipettázzuk, a visszamaradt anyagot pedig physiologiai konyhasóoldattal jól összerázzuk és ismét centrifugáljuk. Ezen utóbbi processust néhányszor megismételhetjük s azután a vértestecskék felületén tejfelszerűen mutatkozó fehérvérsejteket leszűrjük, physiologiai konyhasóoldattal keverjük s mint fehérvérsejtemulsiót vizsgálatainkra felhasználjuk. Ujabban ezen különválasztást elhagyják s a fehérvérsejteket a vörösvérsejtekkel egyenletesen összerázza használják.

A bacillusemulsio készítése következőképen történik: Vagy már előzőleg előlt, száritott bakteriumokat használunk, vagy pedig előlt tiszta agar-cultúrából veszünk egy kacs mennyiségű bacillust. (Sauerbeck vizsgálata szerint egy suspensiohoz 5 mgm. bacillusanyag szükséges.) A bakteriumokat achatmozsárban szétmorzsoljuk és 0.5—1.20/0-os konyhasóoldat lassú hozzákeverése mellett emulsiót készítünk. Az emulsionak opaleskálnak kell lenni s cm<sup>3</sup>-ként 7—10 milliárd csírárt tartalmazni. Az emulsiót az esetre, ha benne apró rögök vagy göbök látszanak, centrifugálni kell. Egy ilyen emulsio 5—10 napnál tovább ne használtassék. Campbell a gümöbacillus-emulsiót a vizsgálat előtt hideg carbolos fuchsinval kezeli s az így jól megfestődött bacillusokkal, a melyeket a phagocyták egyaránt jól kebeleznek be, végzi vizsgálatait. Előnye az eljárásnak, hogy szebb készítményt kapunk, ha nem Ziehl-Neelsennek, hanem az egyszerű Jenner-féle vérfestésnek vetjük alá.

Ha így a vizsgálathoz előkészültünk, legezelszerűbb a vizsgálatot olyan hajszálpipettával végezni, melynek felső vége körülbelül 1/2 cm. átmérőjű, henger alakú s jól illő gummisapkával van ellátva; alsó, igen vékonyra kihúzott vége pedig körülbelül 15—20 cm. hosszú legyen. A vizsgálat menete a következő: A pipettán tintaceruzával jelet teszünk, s ily módon a vizsgálandó vérsavóból, bakterium-emulsióból és fehérvérsejtekből egyenlő mennyiségű anyagot szívhatunk fel; a felszívott anyagot tárgylemezre öntjük — legezelszerűbb közepén mélyített, a függőeseppvizsgálatokhoz szükséges tárgylemezt használni — s összekeverve ismét felszívjuk. A háromféle anyag kellő összekeverése után a hajszálcso végét befórasztjuk s az egész pipettát a gummisapkával együtt 20 percre 37 C°-os thermostatba helyezzük. A thermostatból kivett pipetta befórasztott végét már most letörjük s az anyagot fedő- vagy tárgylemezre kiterítjük; a készítményt tömény sublimatoldatban vagy pedig lángon fixáljuk. A festés vagy Ziehl-Neelsen, vagy Romanowsky, vagy pedig Löffler-Giemsa szerint történik. Az így elkészített praeparatumban megvizsgáljuk, hogy pl. 50—100 fehérvérsejtben hány tuberculosis- vagy pedig másféle bacillus található; azt a számot, a mely jelzi, hogy egy-egy phagocytá átlag hány bacillust kebelezett be, phagocytálási értéknek „phagocytic count”-nak nevezzük, azt a számot pedig, mely azt mutatja, hogy valamely vizsgált egyén vérsavójának phagocytálási értéke mennyivel kisebb vagy nagyobb a rendesenél, opsonin-indexnek, „opsonic index”-nek nevezzük. Tehát az



opsonin-index úgy számítható ki, ha a vizsgált egyéneken nyert phagocytálási értéket az egészséges egyéneken nyert phagocytálási értékkel elosztjuk. Hogy példával illusztráljam a vizsgáló eljárást, vegyük fel, hogy egy normális egyén vérsavójával előállított készítmény átvizsgálásakor azt találjuk, hogy 100 leukocytában 150 bacillus van; ezen serum phagocytálási indexe 1:50; a beteg egyén serum-készítményének 100 leukocytájában 110 bacillust találtunk, ennek phagocytálási értéke 1:10; 1:10 osztva 1:50-dal egyenlő 0:75, ez az opsonin-index. Kruse szerint a phagocytálási érték a kísérlethez használt bakteriumsuspensio sűrűségével arányosan növekedik. A phagocytálás maximuma 1 óra múlva következik be, 2 óra múlva pedig pontos megfigyelés már nem végezhető a leukocyták elfajulása miatt.

Nézzük ezek után, hogyan értékesítette Wright tapasztalatait a gyakorlat terén? Wright vizsgálatai kimutatták, hogy a normális egyének opsonin-indexének értéke átlag egynek felel meg, de rendszerint 0:9 és 1:1 között ingadozik, továbbá, hogy annak a szervezetnek, melynek ellenállóképessége valamely bakteriumfajjal szemben megtört, kiesiny, annak a szervezetnek pedig, a melynek ellenállóképessége fokozott, nagyobb az opsonin-indexe. Nem terjeszkedhetem ki a Wright által különféle betegségekben talált opsonin-indexek felsorolására, hanem csak utalok Sauerbeck összefoglaló ismertetésére s a következőkben inkább röviden Wrightnek a diagnostika és a gyógyítás terén elért gyakorlati tapasztalatait fogom felsorolni.

Diagnosticai fontossággal bírnak Wrightnek azon tapasztalatai, melyekben kimondja, hogy az állandóan alacsony opsonin-index a fertőzésnek lokalizált volta mellett szól, az ingadozó opsonin-index kiterjedt fertőzést bizonyít, a nagy opsonin-index pedig kiállott fertőzésre vagy pedig immunosságra mutat. Diagnostikai értékkel bírnak azonkívül Wrightnek azon további tapasztalatai, melyek szerint valamely gyenge fertőző anyaggal beoltott szervezetnek, valamint egy beteg szervezetnek vérsavója hőállóbb, mint a normális vérsavó s így természetesen azon különbség nagyságából, melyet akkor nyerünk, ha normális, beteg, vagy beoltott egyén felmelegített és fel nem melegített vérsavójával dolgozunk, valamely bántalom hiányára illetve jelenlétére következtetünk. Így pl. ha fel nem melegített vérsavóval vizsgáljuk az opsonin-index értékét, akkor a két érték közti különbség nagyságából következtethetünk arra, hogy az illető egyén egészséges-e vagy fertőzött; a kis különbség fertőzöttség mellett szól.

Wright szerint olyan esetben, midőn valamely kóros szövetben többféle bakterium van, az opsonin-index meghatározása által megtudhatjuk, hogy melyik bakterium az, mely active szerepel. A diagnostikában gyakorlatilag Wrightnek még következő tapasztalatai értékesíthetők: 1. az izzadmányképződéssel járó körülírt fertőzőes folyamatokban (tályog, ascites) az izzadmány opsonin-indexe kisebb, mint a vére, 2. fertőzött szervezetben gyengített fertőző anyag beoltásával gyorsabban érünk el hatást, mint normális szervezetben.

\* \* \*

Wrightnek a gyógyítás terén tett tapasztalatai azt mutatják, hogy helybeli gümőkór meggyógyulhat, ha megfelelő oltásokkal az opsonin-termelést fokozzuk; minthogy azonban az opsonin ilyen elszigetelt folyamatokhoz nem jut el kellő mennyiségben, azt helybeli műveletekkel kell előmozdítani (Finsen-fény, Röntgen-sugár, rubefaciens szerekek helyi alkalmazása). Általános folyamatokban, melyek — esetleg autoimmunoculatio folytán — fokozott opsonin-termeléssel járnak, nyugalom szükséges és oltani nem szabad, csak később azon célból, hogy az antitestes nedvek a beteg szöveteken átáramoljanak, lehet gyenge testmozgásokat és esetleges oltásokat alkalmazni.

Az oltásoknál óvatosságnak kell lenni az adagok megválasztásában; irányelvül a következő tapasztalatok számbavételét ajánlja. Vizsgáljuk 24 órával az injectio előtt és 24 órával utána az opsonin-index értékét. Ha az injectio után 24 órával az opsonin-index az injectio előtti opsoninindex értékéhez képest esik, rossz az injectio; ha emelkedik, de ezen emelkedést 10 napon belül ismét esés követi, az anyag kevés; csak akkor jó a dosis, ha az injectio utáni első 24 órában jelentkező emelkedés legalább 10 napig tart.

Wright főleg mirigy-, here- és kezdeti tüdőtuberculosisban látott jó eredményeket.

Ezek után áttérek saját vizsgálataimra.

En tuberculosiban szenvedő, tuberculosisra gyanús betegeken és egészséges egyéneken végeztem vizsgálataimat.

Az opsoninindex értékének meghatározásakor teljesen az előírt eljárást követtem. Eleinte a vérvételkor az előírt meggyújtott, két végén kihúzott és beforrasztott steril üveget használtam, de később, minthogy összehasonlító vizsgálataim azt mutatták, hogy különbség nem volt, ha az ujj előzetes megszáradása után (Frankelféle tüvel) bedugaszolt kiesiny steril üveghengerekbe vettem a vért, ezt az egyszerűbb módot használtam; így minden esetben, néha centrifugálás nélkül is, szép, tiszta vérsavót kaptam.

Fehérvérsejteket az előírt módon szereztem, itt is steril üveghengert — nem pedig beforrasztott üvegesövet — használtam. Míg eleinte fehérvérsejtemulsióval dolgoztam, később a fehérvérsejteket vörösvérsejtekkel keverve használtam.

A bakteriumemulsiót — a melyet szintén az előírás szerint állítottam elő — s a fehérvérsejteket minden vizsgálatkor frissen készítettem; a bakteriumemulsiót vizsgálat előtt Ziehl-Neelsen szerint festettem meg s csak akkor használtam fel, ha nem voltak benne bacillusrögök, de azért elég sok bacillus volt. Célzszerű eljárásnak bizonyult Pottenger-é, ki azon érvből, hogy az emulsió egyenletesebb legyen, azt ajánlotta, hogy olyan U-alakú csövön bocsássuk át, melynek közepén, szűkebb nyakában szétaprított és megnedvesített szűrőpapiros van elhelyezve.

A háromféle anyag keveréséhez az előírt, alul vékonyan kihúzott, gummisapkás pipettát használtam, a melynek tartalmát a függőeseppvizsgálatra szánt tárgyuveg mélyedésében kevertem össze; ezen procedura után, melyet gyorsan kell véghezvinni, a pipettát beforrasztottam s a gummisapkával együtt 2 percre 37° hőmérsékű tenyésztőszekrénybe helyeztem. Ezután tárgylemez-készítményeket csináltam, melyeket fixálva, Ziehl-Nelsen szerint festettem. Eleinte 100, később csak 50 fehérvérsejt bacillustartalmát határoztam meg.

Nehézségekkel eleinte különösen akkor kellett küzdenem, midőn fehérvérsejtemulsióval dolgoztam; nehézséget okozott a jó bakteriumemulsió előállítása is. Akárhányszor előfordult, hogy néhány készítményt egyáltalában nem használhattam, mert vagy nem tartalmaztak kellőszámú fehérvérsejtet, vagy pedig kevés volt a bacillusok száma; egy fehérvérsejtben csak ritkán találtam egy vagy két bacillust többet.

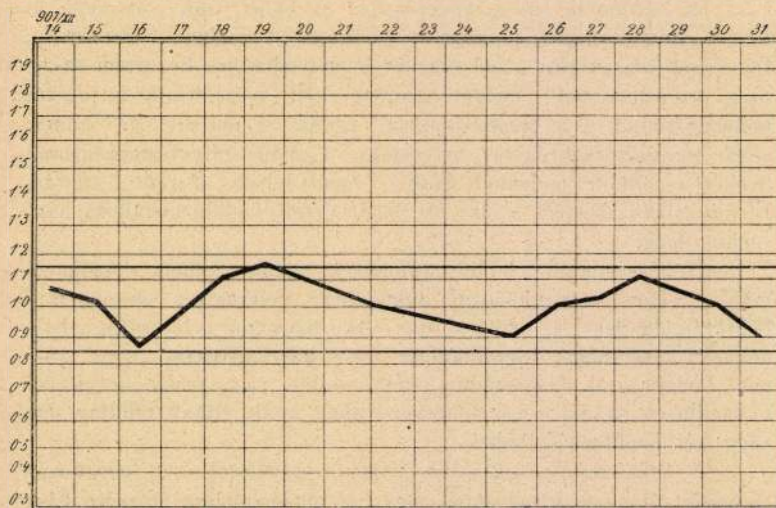
1. *Egészséges egyéneken végzett vizsgálatok.* 10 egészséges emberen 56-szor határoztam meg az opsoninindex értékét. Épen 1:0 csak 11 esetben volt az opsoninindex, 40 esetben 0:90 és 1:10 között ingadozott s csak 5-ször szállt le 0:85-re, illetve érte el a 1:15 magasságot. Ha vizsgálati eredményeim nem is egyeznek meg French-éivel, ki az opsoninindex értékét egészséges egyéneken 0:7—1:3-nek mondja, nagyjában mégis megegyeznek Elisabeth T. Fraser, Biene és Lissner és C. Fyshe vizsgálati értékeivel, a kik egészséges embereken az opsoninindex értéket 0:80 és 1:20 között találták. Tapasztalataim nem egyeznek meg Potter vizsgálati eredményeivel, ki az opsoninindex értékét egészséges egyéneken is nagyon ingadozónak találta, de igen is megegyeznek Grace-Calvert, Jahn S. Stewart, Peel-Ritchie, Biene és Lissner észleleteivel, kik a beteg egyén opsoninindexének nagyfokú ingadozásai mellett, egészséges egyéneken az opsoninindex jelentéktelen ingadozását konstataáltak. Én négy egészséges egyéneken 20—25 napon belül végeztem gyakoribb vizsgálatokat. Az I. tábla egy egészséges egyéneken kapott opsoninindexek értékét mutatja.

2. *Tuberculosisban szenvedő és tuberculosisra gyanús betegeken végzett vizsgálataim.*

a) *Diagnosticai célból végzett vizsgálatok.* Összesen 100 betegem végeztem diagnostikai célból az opsoninindex meghatározását. Ezek közül 76 gümőkóros volt, 2 szenvedett lupus erythematosusban s 22-ben kétes volt a diagnosis tuberculosisra. Tuberculosisban szenvedő 76 betegem közül 64-nek volt tüdőgümőkórja, 7-nek lupus vulgarisa s 5 szenvedett sebészeti tuberculosisban. A 64 tüdőgümőkóros beteg közül 4 lefolyt, illetve gyógyult eset volt, a 60 actív beteg közül pedig 13 volt a bántalom első szakában, 10 a másodikban és 37 a harmadikban. A szakok beosztásában a legújabb, a legutolsó bécsi tuberculosiscongressuson elfogadott Turban-



Gerhardt féle beosztást vettem tekintetbe.<sup>1</sup> Eseteim közül csak 15 volt olyan, a melyben csupán a klinikai tünetek, esetleg a Calmette-vagy Pirquet-reactio alapján vettem fel a tuberculosist; a többi esetben vagy az állatoltás, vagy a tuberculinreactio, vagy a köpetvizsgálat positivitása, vagy pedig a sectio bizonyította a tuberculosist. Az első szakba tartozó esetekben az opsoninindex értéke 0.60 és 0.78 között, a második szakba tartozókban 0.57 és 1.22 között, a harmadikba tartozókban pedig 0.27 és 1.35 között változott. Lupus vulgaris hét esetében 0.57 és 0.75 között; sebészeti hét esetben — egy esetet kivéve, melyben a sebészeti bántalom mellett erősen előrehaladt tüdőfolyamat is volt s a melyben 0.55 volt — 1.24 és 1.33 között ingadozott az opsoninindex. Négy gyógyult eset közül 1 esetben 0.78 volt az opsoninindex, a többiben pedig a normális határok között ingadozott; csak mint érdekes tapasztalatot akarom kiemelni, hogy ezen négy eset közül kettőben, a melyben időközben a folyamat kiújult, az opsoninindex értéke a normálisról 0.77-ra szállott le. Mint felsorolt esetekben látható, tuberculosus betegekben az opsoninindex értéke egyszer sem ingadozott a normális határokon belül, hanem állandóan vagy alatta vagy felette volt. Az opsoninindex nagysága s a szakok között összefüggés nem volt kimutatható, mert bizony akárhányszor előfordult, hogy úgy az első, mint a második és harmadik szakban levő beteg opsoninindexe egyformán 0.74 volt s viszont az is, hogy egy III. szakban levő beteg 0.74, egy I. szakban levő pedig 0.64 opsoninindexxel bírt.



I. tábla.

Az opsoninindexnek a normálisnál magasabb értékét, mint azt Bulloch leírja, bár nem gyakran, összesen talán 10—12 esetben, de mégis konstatálhattam; érdekes, hogy ezen esetek nagy része vagy tisztán sebészeti eset volt, vagy pedig tüdőgümőkór scoliosis-sal, coxitis-szel vagy más gümőkórral szövődve. Noha a legtöbb esetben 2—3-szor határoztam meg az opsoninindex értékét, mégsem láttam beigazoltnak Peel Ritchie, John S. Stewart, Brooke azt a követelményét, hogy diagnostikai célból egy betegben többször kell az opsoninindexet meghatározni; feltétlenül bizonyítóbbak az így nyert értékek, de ha tekintetbe veszem azt, hogy 2 betegemen, kin az opsoninindex értékét pár héten belül 8—9-szer határoztam meg, ha az opsoninindex értéke nagyon ingadozott is, de a normálison belüli értéket sohasem érte el (mint azt a II. tábla jelzi), akkor azt hiszem, hogy tuberculosusra positiv értéket mutató egy opsoninindex is erősen bizonyító diagnostikai értékkel bír.

Érdekesek voltak azok a vizsgálati eredményeim, melyeket

<sup>1</sup> Az I. szakba tartoznak azok az esetek, a melyekben a bántalom kiskökö, egy-egy lebenyre terjed ki, kétoldali megbetegedés esetén a claviculán s a spina scapulaen túl nem terjed, egyoldali bántalomban pedig a II. borda alsó szélét nem haladja meg.

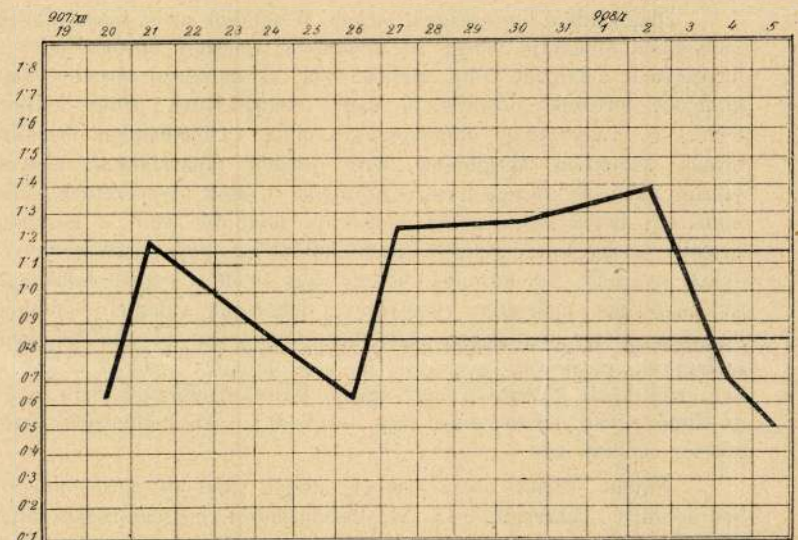
A II. szakba tartoznak azok az enyhe esetek, melyek egy lebenyen túl nem terjednek s legfeljebb azok a súlyos esetek, melyekben az elváltozás 1/2 lebenynél nem nagyobb.

A III. szakba tartoznak azok az esetek, melyek a II. szakot túl haladják. A szövödmények külön említendők fel.

részint a diagnosis szempontjából kétes, részint pedig tuberculosusra csak gyanus betegeken kaptam. Ezek közül 8 esetben, hol az opsoninindex normális értéket mutatott, a későbbi klinikai észlelés vagy pedig a bonczolás csakugyan nem mutatott tuberculosist; 10 esetben pedig, hol az opsoninindex gümőkórra positiv értéket adott, a klinikai észlelés, a tuberculinreactio vagy a bonczolás csakugyan gümőkór mellett bizonyított. 18-csal szemben csak 3 esetem bizonyít az opsoninindex diagnostikai értéke ellen; ezen 3 esetben az opsoninindex értéke 0.86, 1.13, 1.16 volt, a tuberculin jelenlétét pedig 1 esetben a bonczolás, 2 esetben pedig a tuberculinreactio bizonyította.

Azt hiszem nem érdektelen, ha ezen esetek közül egynéhánnyal részletesebben foglalkozunk. Egy az anaemia perniciosának remissziós szakában levő betegemen, midőn még, a gyanus hőemelkedésektől eltekintve, a fizikai tünetekből tuberculosusra következtetni nem lehetett, az opsoninindex értéke 0.70 volt; ugyanekkor úgy a Calmette-féle ophthalmoreactio, mint a Pirquet-féle cutan reactio negativ volt; az illető florid tuberculosist tünete között pusztult el. A bonczolás anaemia perniciosát s florid tuberculosist mutatott.

Egy fiatal leányon, kin sem a Röntgen-felvétel, sem a Calmette-féle ophthalmoreactio, sem a Pirquet-féle reactio útján tuberculosusra következtetni nem lehetett, csak azért határoztam meg az opsoninindex értékét, mert a jobb csúcs felett néha-néha egy-egy pattogás volt hallható; az opsoninindex értéke 0.79, tehát positiv



II. tábla.

volt. Azon célból, hogy az opsonin diagnostikai értékét a betegem megítélhessem, tuberculinbefecskendezést végeztem. 0.2 Koch-féle alttuberculin injectioja után már 3—4 óra múlva erős klinikai reactiót kaptam. Egy másik esetemben, melyben a klinikai diagnosis tabes dorsalis volt s a tüdő épnek bizonyult, az opsoninindex 0.78 volt; az ezután végzett Calmette-reactio és tuberculinreactio (1 mgm.) tuberculosist jelenlétét bizonyította.

Negatív eseteim közül csak 1-et szándékozom felemlíteni: A lázas nőn, kiben erős icterus mellett lassanként ascites fejlődött s a klinikai diagnosis cholangitis és peritonitis exsudativa volt, az opsoninindex értékét 1.13-nak találtam. A műtét peritonitis tuberculosát mutatott. Két lupus erythematodesben szenvedő betegem az opsoninindex 0.97 és 1.08, tehát normális volt.

(Vége következik.)

## A diabetes pathogenesise.

Irta: Arany S. Zsigmond dr., Karlsbad-London.

A mióta Claude Bernard 1855-ben felfedezte, hogy a negyedik kamara calamus scriptoriusának megsértése glycosuriát okoz, a szerzők azon meggyőződésüknek adtak kifejezést, hogy a diabetest az agynak vagy az idegrendszernek valamely kóros elváltozása okozza. Különböző szerzők vizsgálatai kiderítették, hogy Claude Bernard piqüreje a máj glycogen-tartalmának kisebbedésével jár és



a glycogen cukor alakjában hagyja el a vizelettel a szervezetet. Oly állatokon, melyeknek mája kopplás következtében elvesztette glycotartalmát, a piqüre nem tud glycosuriát előidézni. Claude Bernard kísérlete kétségen kívül bebizonyítja az idegrendszernek a májra gyakorolt befolyását, ámbár a májsérülések piqüre nélkül is okozhatnak glycosuriát. Murchison (Clinical lectures on diseases of the liver) figyelmeztetett először a májbetegségeknek és a diabetesnek gyakori együttes előfordulására és Naunyn tapasztalatai szerint 426 diabeteseset közül 109-ben, azaz több mint 25%-ban található májmegnagyobbodás.

Majdnem egy évszázaddal Claude Bernard piqürejének felfedezése előtt Bowley a diabetesnek egy különösen súlyos esetére hívta fel az orvosok figyelmét; ebben az esetben részleges pankreas-sorvadást állapított meg és azon nézetének adott kifejezést, hogy a pankreasbaj okozta a diabetes. Cowley véleményét sokan osztották, de általánosan csak 1889-ben erősítették meg, a midőn Meringnek és Minkowskinak sikerült egy kutyán a pankreas kiirtásával diabeteset előidézni. Minkowski kísérletét többen ismételték és azt találták, hogy csupán a pankreas teljes kiirtása idéz elő diabeteset, ha a mirigynek csak kis részét is bennhagyták a szervezetben, diabetes nem támadt, a mi a szerzőket azon meggyőződésre vezette, hogy a pankreasnak fontos szerepe van a szénhidrátok anyagcseréjében, és hogy a pankreas megbetegedése diabeteset von maga után.

A glycosuria harmadik forrásának a vesét tekintik és noha ezt mostanáig még nem erősítették meg, a német szerzőknek nagy része, köztük Naunyn is elfogadta. Ezen elmélet felállítására ugyanis azon körülmény adott alkalmat, hogy a phloridzinnal kezelt kutyák vizeletükkel nagy mennyiségű cukrot választanak ki, holott a glycaemiának nyoma sincs, míg úgy a piqüre, valamint a pankreas-kiirtás létesítette glycosuriában glycaemia van. A hyperglycaemia elmaradása a phloridzin-diabetesben teszi tehát a renális diabetes kiinduláspontját. Ezen elmélet talán fennállhat a phloridzin-diabetesben, de ha figyelemmel kísérjük a vesebajok irodalmát, azt találjuk, hogy vesebajok szövödményeképpen csak a legritkább esetekben jelentkezik diabetes, sőt azt is találjuk, a mit különben Naunyn is megerősít, hogy a Bright-kór gyakran mint a cukorbeteg szövödménye jelentkezik, még pedig a legtöbb esetben oly praedominálóan, hogy a diabetes mellé teljesen háttérbe szorul. Noorden (Handbuch der Stoffwechselkrankheiten), a ki a renális diabetes szemben tartózkodóbban viselkedik mint a többi német szerző, azon véleményének ad kifejezést, hogy az úgynevezett renális diabetesben a vesék elvesztették átjárhatóságukat a cukorral szemben és ez adhat alkalmat a glycosuria keletkezésére.

Meg kell emlékeznünk még Blum kísérletéről (Nebennieren-diabetes. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1901.). A szerző kivonatot készített a mellékvesékből és befejezőkésével glycosuriát idézett elő. Herter és Richard (Note on glycosuria following injection of adrenaline. Med. News, 1902.) kimutatta azonban, hogy Blum kivonata nem egyéb mint adrenalin, a mely, mint Noorden (Lehrb. d. Stoffwechselkrank.) is leírta, csakugyan tud mûlő glycosuriát előidézni; de arra a kérdésre, vajjon Blum kísérlete a mellett bizonyít-e, hogy a mellékvesének szerep jut a diabetes előidőzésében, nem mernek igenlőleg válaszolni.

A mondottakból következik, hogy azon szervek, a melyek a diabetes létesítésében közreműködnek (diabetogen szervek), a következők: 1. Az agy és az idegrendszer, 2. a máj, 3. a pankreas, 4. a vese és 5. a mellékvese.

Mindenki, a kinek alkalma volt nagyszámú diabeteses beteget kezelni, és a ki elég szerencsés volt, hogy az élön szerzett megfigyeléseit bonczolással is bővíthette, azon tapasztalatra jutott, hogy az eseteknek túlnyomó többségében a diabetogen szerveket vagy egészen rendesnek vagy pedig csak igen kis fokban elváltozottak találjuk, a mely elváltozásokat éppen úgy tarthatjuk a betegség okozatának, mint okozójának. Azon eseteket, melyekben elváltozások nem állapíthatók meg, a német szerzők szerint renális diabetesnek nevezhetnők, ha a hyperglycaemia jelenléte nem tiltaná, mivel ezen szerzők szerint minden eset, a melyben a diabetogen szervek rendesek, ipso facto renális diabetes, akár van elváltozás a vesékben, akár nincs. Hogy mily megbízhatlan ezen elmélet, azzal nem kívánok bővebben foglalkozni, csupán hangsúlyozni kívánom, hogy a glycaemia nélküli glycosuria nagyon valószínűtlen. Vizsgáló módszereink a vérben lévő

cukor mennyiségének megállapítására nagyon gyarlók és szinte megbízhatatlanok; arról sincsenek biztos adataink, hogy mennyi cukrot tartalmaz a vér rendes viszonyok közt és még a hyperglycaemia hiánya a vizsgálat idején sem bizonyíthatja, hogy egyáltalában nincs. Ennélfogva nem szenved kétséget, hogy a diabetesnek főtünete a hyperglycaemia és minden bizonynyal okozója is. Azon körülmény, hogy a phloridzin-diabetesben hyperglycaemia nem mutatható ki, nem cáfolja meg a fenti állítást és csupán arra enged következtetni, hogy a phloridzin nem idéz elő észrevehető változásokat a vérben, holott más mérgek, mint a curara, morphin, strychnin, szén-oxid stb. vérbeli elváltozásokat, tudniillik hyperglycaemiát is tudnak előidézni.

Az irodalomból közölt bonczolásokból tudjuk, hogy a 4. agykamara valamint az idegrendszer sérülései általában nagyon ritkán fordulnak elő a diabetesben, ámbár senkinek sem jut eszébe az idegrendszer óriási jelentőségét a diabetesben tagadni.

A vesebajok és a diabetes közti viszonyról előbb már megemlékeztünk, s a mi a májbetegségeket illeti, tudjuk, hogy a májcirrhosis s epeköbaj gyakran észlelhető együtt diabetesrel; de másrésről tudjuk azt is, hogy a májbetegségek túlnyomó többségében glycosuriának nyoma sincs, a mi megerősíti azon feltevésünket, hogy a diabetesben a májváltozások másodlagosak. E mellett szól azon körülmény is, hogy a máj glycotartalma éppen oly gyakran rendes, mint kisebb, ámbár Frerichs (Zur Kenntniss des menschl. Glycogen), a ki az élőben vizsgálta a máj glycotartalmát, kisebbnek találta.

A pankreasnak kóros elváltozásai sokkal gyakrabban fordulnak elő a diabetesben és a szerzők nagy készséggel tulajdonítják nekik a bajt. Az esetek túlnyomó többségében ezen elváltozások sorvadásnak bizonyulnak és nincs kizárva a lehetőség, hogy szintén másodlagosak. Hogy mily csekély fontosságot tulajdoníthatunk a pankreas elváltozásainak, kiviláglik Hale-White (Diseases of the pancreas and diabetes. Lancet, March, 1903) kutatásaiból, melyek szerint 142 pankreas megbetegedés közül csak 19-ben fordult elő diabetes. Minkowski kísérlete óta senki sem kételkedik, hogy a pankreas közreműködik a diabetes létrehozásában, de a kísérlet még nem jogosít fel, hogy a pankreas tekintsük a baj székhelyének. Tudvalevő, hogy az agydaganat nagyon gyakran okoz látóidegsorvadást, de nagy tévedés volna, ha minden látóidegsorvadást agydaganatra vezetnénk vissza. A pankreas élettani működése még mindig nagyon homályos és csak azt tudjuk biztosan, hogy a mirigynek fontos szerepe van a szénhidrátok anyagcseréjében. Hogy miképpen gyakorolja ezen működését, a szerzők különböző elméletei ellenére sem tudjuk biztosan, de legvalószínűbb az az elmélet, a mely szerint a pankreas belső elválasztása nagy jelentőségű a szénhidrátok anyagcseréjében.

Sem állatkísérletek, sem pedig autopsziák nem világosítanak fel bennünket arról, hogy milyen módon van megátolva a pankreasnak ezen működése a diabetesben; csak azt tudjuk, hogy a diabeteses autopsziák 1/5-ében a pankreasban kóros elváltozások vannak, a mivel szemben áll azonban az a sok pankreas megbetegedés, melyben diabeteset nem találtak. Nem következtethetünk-e ebből arra, hogy a diabeteses pankreas elváltozások csak másodlagos eredetűek?

Akár van, akár nincs kóros elváltozás a diabetogen szervekben, akár az egyik, akár a másik ezen szervek közül mutatja az elváltozásokat: egy tünet állandóan kíséri a diabeteset és ez a hyperglycaemia. Ez az utóbbi közvetlen oka a bajnak, és még oly esetekben is, a melyekben a glycosuria megszűnt, kimutatható; a miből következik, hogy a renális diabetes létezése nagyon valószínűtlen, mivel kétségtelen, hogy ezen esetekben is van hyperglycaemia, csak a mi hiányos vizsgáló módszereink nem tudják kimutatni. Azonkívül a vér rendes cukortartalma sem ismeretes kellőleg; Pavy 1.50/00-re becsüli, míg Naunyn és Noorden nézete szerint az 10/00-et nem haladja meg, és én azon nézetnek vagyok bátor kifejezést adni, hogy némely esetben még az 10/00-nél alacsonyabb érték is hyperglycaemiának tekinthető, míg más esetben az ennél magasabb érték sem tekinthető annak, mert a határ egyénileg nagyon ingadozó.

Ha tehát elfogadjuk, hogy a hyperglycaemia a diabetes közvetlen oka, azon kérdés merül fel: hogy mi okozza a hyperglycaemiát? Claude Bernard világraszóló piqürje és Minkowski



geniális kísérlete csupán azt mutatja, hogy miképen tudjuk a hyperglycaemiát előidézni, és hogy hol keressük azon központokat, a melyek ellenőrzik, illetőleg végzik a szénhidratok anyagcseréjét. De mi okozza a hyperglycaemiát azokban az esetekben, a melyekben ezen központokban nem találunk elváltozást? Nem kétségtelen-e, hogy ha jelenlegi módszereinkkel nem is deríthetünk ki elváltozásokat, ilyeneknek mégis kell lenni ezen centrumokban? Nem valószínű-e továbbá, hogy ha boncoláskor nem is találunk elváltozásokat, vegyi vagy bakteriologiai úton mégis akadhatnánk a nyomukra? S végül nem valószínű-e, hogy a hyperglycaemia nem egyéb, mint a toxæmiának egy neme, melyet egy ismeretlen baktérium okoz?

Láttuk, hogy a phloridzin glycosuriát tud okozni hyperglycaemia nélkül, de viszont láttuk azt is, hogy némely méreg, mint a morphin, strychnin stb. glycaemiát is tud előidézni és nyilván van olyan toxin is, mely a diabetes okozója. Ezen toxin, melyet rövidség kedvéért glycotoxinnak fogok nevezni, alkalmasint egy baktériumnak a terméke, mely baktérium esetleg az egészséges egyén szervezetében is tartózkodhatik és csak ha kedvező viszonyok közé kerül, kapja glycotoxint termelő képességét. A glycotoxin hatása nem lehet egyenletes, a mi minden bizonynyal a toxin erejétől függ. Enyhébb vagy alimentáris esetekben, mint mások nevezik, vagy a betegség első szakában, mint én nevezem (The treatment of Diabetes Mellitus. Medical Press, London, 1905 március. Diabetes and its treatment. The Indian Lancet, Calcutta, 1905 május) a glycotoxin nagyon enyhe hatású és hatása alkalmasint az, hogy a pankreas glycolysises váladékát megtámadja és ily módon hyperglycaemia keletkezésére ad alkalmat. A glycotoxin ezen hatása tisztán helyi és vegyi jellegű lehet, alkalmasint a szénhidratok felvételétől is függ és megvonásukkal nagyon is gyengül, sőt némely esetben teljesen megszűnhet. Más esetekben a toxin ereje fokozódik és akkor azon kép tárul elénk, melyet egyesek súlyos diabetesnek, én pedig (Mitől óvjuk meg diabeteses betegeinket? Orvosi Hetilap, 1907. 11. sz.; Dietary in Diabetes and Gout. Medical Press, London, 1906 január; Some points in Diabetes. Lancet, London, február 1907) a diabetes második szakának nevezek. A betegségnek ezen szakában a cukor nemcsak a szénhidratokból, hanem a szervezet szöveteiből is képződik, mert tudjuk, hogy az előbbieknél megvonásával nem lehet a cukor mennyiségét csökkenteni. A szövethomlás mellett bizonyít az oxyvajsav jelenléte is és ezen katabolismus és a vele járó acidosis, valamint az utóbbinak következménye, a coma, pedig a baj toxikus volta mellett szól. Az oxyvajsav nemcsak a diabetesben, de mint Külz (Beiträge zur Kenntniss der activen  $\beta$  Oxybuttersäure. Zeitschrift f. Biologie, XXIII. kötet) kimutatta, különböző fertőző betegségekben is előfordul és kétséget nem szenved, hogy jelenléte a szervezetben az oxydatio csökkenését jelenti, a mi különben a glycaemiáról is áll. Az oxydatio csökkenése a diabetesben könnyen érthető, ha szem előtt tartjuk, hogy a legtöbb toxin csökkenti az oxydatiót, és hogy savak, a mint azt Naunyn (Der Diabetes mellitus) és mások kimutatták, nemcsak hogy csökkentik az oxydatiót, hanem még glycosuriát is tudnak előidézni. Ezek után nagyon valószínű, hogy a glycotoxin hatása főleg savak képzésén és közreműködésükkel az oxydatio csökkenésén alapszik. Az anyagcsere sem egyéb mint az oxydationak egy neme, mely tudvalevőleg szervezetünkben csak alkaliás közegben szokott végbemenni. Ha tehát a vér lúgosságát a glycotoxin csökkenti, a glycolysises váladék, mely hatását szintén csak alkaliás közegben fejtheti ki, részben vagy teljesen hatástalanná válik, a mi hyperglycaemia keletkezésére ad alkalmat.

Azon körülmény, hogy az alimentáris diabetesben, vagy szerintem a betegség első szakában oxyvajsav nem mutatható ki, még nem jelenti azt, hogy a hyperglycaemia nem következménye a vér-lúgosság csökkenésének, mivel az oxyvajsav hiánya még nem zárja ki más savnak a jelenlétét, mely savat azonban vegyi módszereink hiányos volta miatt még nem sikerült kimutatni.

A diabetes toxikus természetét legjobban bizonyítják az úgynevezett heveny esetek, melyekben a diabetes néhány hét és néha néhány nap leforgása alatt comában halálosan végződik. Ezen eseteket nyilván a legnagyobb erejű glycotoxin okozza. Az acidosis a diabeteses coma jelentkezésével tetőpontját éri el, mely utóbbit a szerzők általános nézete szerint az oxyvajsav okozza. Vajjon a coma létesítésében csakis az oxyvajsavnak jut-e szerep, vagy pedig származékai, az acetecetsav és az acetone is közreműködnek-e, még

nincs eldöntve, noha Albertoni és Pisenti (Azione dell' acetone e dell' acido acetico. Arch. p. la scienza. med. XI. 1887.) kimutatta, hogy tengerinyulak 3 héten keresztül naponta 6 gm. acetont tűrték el a nélkül, hogy mérgezési tünetek támadtak volna. Másrészt azonban Walter-nek (Über die Wirkung von Säuren im tierischen Organismus. Exp. Arch. 7. 1877) sikerült ugyancsak tengerinyulakon sósav adásával typusos comát előidézni, a mi arra enged következtetni, hogy a coma létrehozásában az oxyvajsavon kívül esetleg más sav is közreműködhetik és vérvizsgálataink tökéletesedése esetén nem lehetetlen, hogy az oxyvajsav egy sokkal erősebb hatású sav származékának fog bizonyulni, a mely közvetlen okozója a diabeteses comának.

A diabetes toxikus voltát bizonyítják Rogne, Devic és Hugueney (Coma diabétique. Revue de médecine, 1892 december) kísérletei is, de nagyon sajnálatos, hogy a szerzők csak az acidosis vették tekintetbe. Comás betegek vérének ugyanis házinyulak gyűjtőereibe fecskendezték s ezzel nagyfokú mérgezést idéztek elő: ha azonban a befecskendezett vér lúgosságát fokozták, a mérgezési tünetei sokkal kisebb fokúak voltak. Lépigne (Diabète produit par des toxines uriques) diabeteses betegek vizeletéből oly anyagot kristályosított ki, mely kutyák gyűjtőerébe fecskendezve, glycosuriát idézett elő. Sajnos, hogy az említett szerzők bakteriologiai vizsgálatot nem végeztek, mert kétségtelen, hogy ily irányú vizsgálatok előbb vagy utóbb ki fogják deríteni a diabetes baktériumos eredetét. Azon körülmény, hogy a diabeteses vér kevésbé mérgező, ha a lúgosságát fokozzuk, még nem jelenti azt, hogy a vér csakis savtartalma miatt hat mérgezően. Mindenki, a kinek dolga volt diabeteses comával, tudja, hogy alkaliának a szájon át vagy intravenásan adásával a coma jelentkezését késleltethetjük, azonban oly esetek, melyekben az alkaliák a coma támadását egyáltalában megakadályozták volna, nincsenek az irodalomban. Másrészt Riess (Coma diabeticum sine diabete. Zeitschr. für klin. Med. VII. kötet) és mások láttak typusos comát carcinomában, anaemia perniciosában és egyéb fertőzésre gyanús betegségekben, a melyekben a diabetes határozottan ki lehetett zárni: továbbá tudvalevő dolog az is, hogy az elvérzés is olyan comát von maga után, mely tünetei tekintetében a diabeteses comával tökéletesen azonos.

Mindezek tekintetbevétele után önkénytelenül azon következtetésre kell jutnunk, hogy a coma a vér megváltozásának a következménye. Következtethetünk továbbá arra is, hogy a vér ezen megváltozása nem vonatkozhatik csupán a vér lúgosságára, mert láttuk, hogy elvérzéskor, a mikor a lúgosság nem változik meg, szintén coma szokott jelentkezni. Láttuk továbbá, hogy rák és perniciosus anaemia eseteiben, a melyeknek fertőzőes eredetében ma már alig kételkednek, a coma nem szokatlan jelenség, a mi szintén a mellett bizonyít, hogy a diabeteses comát a diabetesesek vérében talált szerves savaknál erősebb hatású toxin idézi elő, mely toxin nemcsak hogy csökkenti a vér lúgosságát, de megtámadja a vérésejteket is: ez az utóbbi az anaemia perniciosában jelentkező coma közvetlen okozójának tekinthető.

Azon kérdést, vajjon a diabetes ragályos betegségnek tekintendő-e, már többen felvetették és Boismeu (Diabète des maries. Gazette hebdomadaire, 1897) 101 esetet idéz az irodalomból, melyben férj és feleség szenvedett diabetesben. Schmitz (Kann der Diabetes übertragen werden? Berl. klin. Woch., 1890) 26 esetet ír le, melyben a lehető legjobb egészségnek örvendő egyének állítólag diabeteses egyénekkel való közlekedéssel szereztek a diabeteset.

Még sokkal érdekesebb Naunyn (Der Diabetes mellitus) esete, mely fiatal nőre vonatkozik, a ki diabeteses házaspárt látogatván meg néhány hétre, szerencsére csak muló jellegű diabeteset kapott.

Saját gyakorlatomban alkalmam volt 10 diabeteses házaspárt kezelni, de azért nem vagyok hajlandó a diabetes ragályzó volta mellett állást foglalni.

Nagyobb a valószínűsége az öröklékenységnek a diabetesben, mivel az irodalomból tudjuk, hogy az esetek  $\frac{1}{5}$ -ében öröklékenységre lehet visszavezetni a bajt és azt hiszem, hogy mindenki, a kinek nagyszámú diabeteses beteggel volt dolga, gyógyított már egy családba tartozó több diabetesest. Mindezt azonban nem szabad félremagyaráznunk és az öröklést nem szabad úgy felfognunk, hogy a beteg a diabeteset mint olyat öröklí, hanem hogy a diabetesre való hajlamot hozza magával a világra. Ezen diabeteses dispositio



az, a melyet némely családban észlelhetünk és csupán ezen dispositiót örökli a gyermek a szülőtől.

Azon esetek száma azonban, melyek családi terheltségre vezethetők vissza, elenyészően kicsiny azokhoz képest, a melyekben terheltségről szó sem lehet, sőt nagyon gyakran megessik, hogy a diabeteses betegek ivadéka magas kort érnek el a nélkül, hogy valaha is a diabetesnek tüneteit mutatták volna; miért is jogosult azon nézetünk, hogy noha némely családban kimutatható a diabeteses dispositio, kétségtelen, hogy a diabetesre mindenki hajlamos, a kinek szervezete nem bír elég ellenállóképességgel a diabetes toxinjával szemben.

Azon majdnem általánossá vált hit, hogy a zsidók hajlamosabbak a diabetesre, mint a többi faj, egyáltalában nem jogosult és csupán annak tulajdonítható, hogy a consultativ praxisban aránylag gyakoriak a héber fajhoz tartozó diabetes-betegek.

Mindenki, a kinek nemzetközi praxisa van, meggyőződhetett, hogy az alsóbb osztályú zsidók talán velükszületett nagyobb fokú intelligentiájuk és józanságuk miatt többen törődnek egészségükkel mint a többi faj alsóbb osztályai.

Nemzetközi gyakorlatom többszörösen bebizonyította, hogy még a nagyon szegény lengyel zsidó is, ha észreveszi a diabetes egyik vagy másik tünetét, azonnal orvoshoz siet, hogy tanácsát kikérje és ha az utóbbi Karlsbadot csak említi is, minden megdöglés nélkül útnak indul Karlsbadba, még ha nincs is több a zsebében 40 koronánál. Karlsbadba megérkezvén, pontos információt szerez, hogy melyik orvos a tekintély a diabetes terén, mert szentül meg van győződve, hogy az ő esete a legnagyobb tekintély tanácsát igényli, hisz azzal, hogy ezen tekintély milyen honorariumot igényel, nem törődik, mert jól tudja, hogy nincs oly tekintély, a ki belőle honorariumot ki tudna hozni.

Ezen, a gyógyulásra irányult, nagyfokú törekvés egyrésztől, és az említett veleszületett intelligencia és józanság másrésztől magyarázza meg azon körülményt, hogy a zsidók látszólag oly nagy számmal szerepelnek a diabetes statistikájában; ha a többi fajok alsóbb osztályai is oly gyakran igénybe fogják venni hivatott orvosok tanácsát, a statistikából azon következtetésre fogunk jönni, hogy a különböző fajok egyenlően hajlamosak a diabetesre.

Közlésem tartalmát tehát röviden a következőkben foglalhatom össze: Noha az úgynevezett diabetogen szervek sérülése illetőleg eltávolítása állatokban diabetest idéz elő, az emberi diabetesnek legtöbb esetében a diabetogen szervek nem mutatnak elváltozást és csupán azon közös vonás van a kísérleti úton előidézett diabetesszel, hogy mindkettőnek kísérője a hyperglycaemia, melyet azonban némely alkaloida és sav is elő tud idézni.

Kimutattuk továbbá, hogy a diabetes részjelensége bizonyos savaknak a vérben való megjelenése; minthogy pedig élettani vizsgálatokból tudjuk, hogy a savak csökkentik az oxydatiót és ebből kifolyólag az anyagcserét is, az anyagcserét a diabetesben is az ezen bajban jelentkező savak hátráltatják illetőleg teszik lehetetlenné.

Valószínű, hogy ezen savak valamely toxin származékai, mely toxin egy ismeretlen bakteriumnak a terméke. Nincs kizárva, hogy ezen bakterium az egészséges egyén szervezetében is benne van és csak ha kedvező viszonyok közé jut, tud diabetest létesíteni.

Ámbár az irodalomban a házaspárok diabetesére vonatkozó esetek száma meghaladja a 150-et, s noha némelyik szerző egyes esetekben kimutathatni véli a diabetes ragályos eredetét, nincs jogunk feltenni, hogy a diabetes ragályos betegség, mivel ezen esetek elenyészően kicsiny számúak azon nagyszámú esethez viszonyítva, melyben a ragályozást kizártnak tekinthetjük.

Végül meg kell jegyeznünk, hogy tagadhatlan ugyan, hogy némely családban van úgynevezett diabeteses hajlam, a diabetes mint olyan nem öröklődik és azon hit, hogy egyes fajok hajlamosabbak a diabetesre mint mások, csakis félremagyarázott statisztikai adatokon alapul.

## TÁRCZA.

### Müncheni levél.

(A fizikai gyógyító-intézetéről.)

Az Isar-parti Athén, a mint a bajorok a művészet kincseivel bővelkedő szépséges fővárosukat méltó büszkeséggel nevezik, nemcsak a művészet, de a tudomány terén is Európa metropolisainak

első sorában foglal helyet. München iskolái, tudományos intézetei világhírűek. Az itteni egyetem Németország egyik legnépesebb főiskolája (jelenleg hetedfélezer hallgatója van, ebből másfélezer medikus)<sup>1</sup> s hallgatói között úgyszólván a világ minden nemzete képviselve van. Különösen nagy számmal vannak itt angol, orosz és rendkívül iparkodó, vasszorgalmú japán diákok. A mieink száma bizony elenyészően csekély; a mit különben a viszonyainkat ismerő nem is esodálhat. Kiválóan látogatott e félévben is az orvosi fakultás, úgyannyira, hogy egyik-másik tanár előadásán még a különben elég tágas tantermek előszobái is tömve vannak hallgatókkal. (Pedig abból, hogy a névsor szerint naponta praktizálásra szólított hallgatóknak csak igen kis száma jelentkezik, bátran lehet következtetni, hogy a többség itt is, more patrio, inkább a kávéházat, vagyis — az itteni szokásokat és helyi viszonyokat tekintve — a sörházat látogatja.)

A klinikák és egyéb orvostudományi intézetek berendezése és felszerelése a lehető legteljesebb. Különösen pedig a laboratóriumok mindenütt mintaszerűek. Némelyik gyűjtemény (mint az anatómiai és pathologiai) oly tökéletes és tanulságos, hogy gondos átnézésük hasznosabb — a kis cursusnál.

Valamennyi klinikán a különféle vizsgálatok céljaira a legújabb eszközökkel bőven felszerelt külön pompás laboratóriumok szolgálnak. De mivel e kényelmes dolgozóhelyiségek teljesen díjtalanul állanak a beírt hallgatók rendelkezésére és — éppen úgy, mint nálunk — tárt ajtókkal szinte hívogatják a hallgatókat, ergo — éppen úgy mint nálunk — üresek.

A Ziemssen-Strassen levő, óriási területet elfoglaló, régi, de korszerűen átalakított és berendezett „Allgemeines Krankenhaus“ középső traktusában van a pompás felszerelésű, a kórházban elhelyezett klinikák és egyéb osztályok betegeinek használatára szolgáló fizikai gyógyítóintézet. Ez Németország legrégibb ilyenmű intézete, (idestova 10 esztendő), de berendezését időről időre, a tudomány és technika haladásával lépést tartva, meg-megújították úgy, hogy hasonló új intézetek létesítésekor ma is messze földön ezt az intézetet veszik mintául. Büszkéek is rá a müncheniek. Az embert, ha látja, első pillanatban a csodálkozás, aztán pedig az irigység fogja el. No, de lehet még nekünk is ilyen, vagy legalább hozzá hasonló.

Megpróbálom az alábbiakban ez intézetnek képét nyújtani, mert úgy hiszem, hogy a fizikai gyógyítómódok és a velük szoros vonatkozásban levő berendezések leírása ma már, kisebb-nagyobb mértékben, minden orvost érdekelhet.

A fizikai therapia ügyét már minden kiváló klinikus pártfogásába vette. Alig pár év előtt is még e tudományzak a klinikák részéről igen mostoha sorsban részesült, de ma már az orvosi tanítás terén mind nagyobb tért hódít. A fizikai therapiát (különösen a legutóbb Rómában lefolyt fényes sikerű fizikai therapiák congressus óta) egyéb gyógyító eljárásokkal teljesen egyenjogúnak tekintik és méltán, mert segítségével igen sok esetben kiváló, sőt nem ritkán oly fényes gyógyeredmény érhető el, a milyen más gyógyító eljárás útján meg sem közelíthető.

Még nem is régen jóformán csak kuruzslók aknázták ki (természetesen csak a saját javukra) a fizikai therapia kincsesbányáját és — fájdalom — a „leghíresebb“ és legforgalmasabb ilyenmű gyógyintézeteket ma is — az orvosi világ, sokszor pedig a betegek kárára is — kapzsi kuruzslók vezetik. De ezért már nemesak az orvosok nembánomsága, hanem a közönség tudatlansága és hiszékenysége is okolható.

„Kétféle tudás létezik, mondja Billroth: az egyik hoszas, fáradságos tanulás útján sajátítható el, ez nem imponál; a másik pedig menyei megnyilatkozás alakjában füves-asszonyoknak, tudákos eszmadiáknak hirtelen száll alá az égből, ez imponál.“

Nekünk, magyar orvosoknak, különös erélylyel és kitartással kell a tudatlanság ellen küzdenünk, mert a kuruzslás talán sehol a világon nem burjánzik oly dúsan, mint épen a mi szegény hazánkban. És a míg több, igazán érdemes docensünk szinte küzd a megélhetésért, addig például az óbudai „füves-asszonyosság“ saját háza előtt a „rendelés“ idejében a magánfogatok egész raja vára-

<sup>1</sup> München egyeteme népesség tekintetében Németország 21 egyeteme között a második helyet foglalja el; első helyen Berlin áll, jelenleg nyolcezer hallgatóval.



kozik a consultáló „patiensekre“, és a mindenféle betegséget ugyanazon módon, egyazon „gerstlivel“ kúráló „szókimondó“ apostol belvárosi palotájának összes termei egész napon át alig tudják befogadni a gyógyulást kereső hölgyek nagy tömegét.

Nálunk a kuruzslás oly jövedelmező foglalkozás, hogy nem egy szédelő szerez orvosi oklevelet csak azért, hogy annál zavartalanabban üzhesse a világ bolondítását. A mit különben diploma nélkül is üzhethet, mert a mi törvényeink, fájdalom, vajmi ritkán foglalkoznak e szédelők ügyeivel és nevetségesen csekély büntetést szabnak ki rájuk. Avagy talán árt az Üllői-úti csodatevő magántudósnak (a ki specialiter „orvosprofessoroktól“ gyógyíthatatlannak nyilvánított betegek „megmentésével“ foglalkozik) az a kis „büntetés“, a melyet néhanapján a bíróság egy-egy ferdén sikertült kúra után rája kiszab? Dehogya is árt, inkább kap rajta, örül neki és az „ítéletet“, mint a többi elismerő oklevelet, gyűjti, berámoztatja, „váróterme“ falára akasztja — reklámnak.

De visszatérjek messze elhagyott tárgyamra.

A müncheni „Allg. Krankenhaus“ fizikai gyógyító-intézete, a mely létesülését a nagy Ziemssen buzgólkodásának köszöni, és melynek Rieder tanár a vezetője, az említett épület-rész földszintjét foglalja el. Az intézetet egy hosszanti és egy keresztfolyosó négy részre osztja. Az első részben találjuk a vetkőző- és pihenő-helyiségeket, a zuhany-termet, az ülő-fürdők termét, a meleglég-fürdőt és gőzfürdőt. Az ezzel szemben levő részben egymásmellé sorakoztatva leljük a homokfürdőt, a félfürdőt, a villamos és szén-savas fürdőt, továbbá az iszap-, fangó- és kénfürdők helyiségeit. A harmadik rész egyetlen (70 m<sup>2</sup> alapterjedelmű) termében vannak a mechano-therapia pompás gépei felállítva, melyekhez még az óriási zárt keresztfolyosó tágasabb végében elhelyezett úgynevezett német tornaterem eszközei sorakoznak. Az úgynevezett svéd gyógyteremmel szemben négy, egymásmellett levő helyiségben a különféle rendszerű porlasztó és inhalációs eszközök vannak elhelyezve. A hosszanti folyosó egyik végével szemben levő óriási teremben a fény-therapia legkittünőbb eszközeit tanulmányozhatjuk. Távolabbi helyiségben vannak elhelyezve az elektrotherapia eszközei, míg a nap- illetve légfürdő helyisége az épület tetőzetén nyert alkalmas elhelyezést.

Azt hiszem nem lesz érdektelen, ha e berendezések egyikét-másikat kissé közelebről is megtekintjük.

A zuhany-teremben a különféle alakú és rendeltetésű zuhany-készülékeket találjuk. Így a többi közt van ott legyezőzuhany, ú. n. tüske-, korona-, kápolna-, porlasztó- és vastagsugáruzhany, eltolható fej-, háztzuhany és skót zuhany. Az ú. n. hajszáluhany (rendkívül vékony vízszög 6—8 atm. nyomás alatt) ritkán szerepel.

Minden zuhanyhoz külön hideg- és melegvízvezeték szolgál, de mindkettőnek víze egyetlen csaphoz fut össze. A csap emeltyű-karjának mozgatásával tetszés szerint a hideg vagy a meleg vízből engedünk többet a zuhanyba; így ugyanazon fogással, melylyel a zuhanyt megnyitjuk, egyidejűleg vizet is a kellő fokra állíthatjuk. A csap mögötti kiöblösödő közös csőrendszerből (az ú. n. keverőből) hőmérő emelkedik ki, melyen az átáramló víz hőfokát messziről is leolvashatjuk. Hasonló csapszerkezetet látunk a legtöbb kád mellett is; így a fürdő víze már a kiömlésekor a kívánt hőfokkal bír. E keverő-csap kiválóan érvényesül a skót zuhanyon, a hol segítségével pillanat alatt a legkülönbébb, legváltozatosabb hőfok állítható be.

A zuhanyok víze bizonyos meghatározott (a legtöbbször 2—2½ atm.) nyomás alatt áll. A melegvíz-vezeték csövei belül ú. n. anticorrosivummal vannak bevonva, a mi a mészlérakódását megakadályozza. A fürdőhelyiségek fala és padozata igen tartós és tetszetős metlachi kockákkal van burkolva.

A zuhanyterem két közvetlen szomszédja a meleglégfürdő és a gőzfürdő. Mindkét helyiség, hogy lehűléstől védve legyen, körskörül kettős fallal bír és a fal két rétege között 6 cm. levegőréteg van. A zuhanyterem felőli kettős fal felső része üvegezett és e két üvegréteg között nyertek igen czélszerű elhelyezést a villamos izzólámpák.

A tulajdonképeni (római) meleglégfürdő, a különféle hőfokozat szerint, tudvalevőleg három egymásután következő helyiségből (caldarium, tepidarium, sudatorium) áll. A legtöbb gyógyintézetben, így itt is, helymegtakarítás czéljából e három fokozatot egyetlen helyiségben igen czélszerűen úgy állítják elő, hogy a teremben különféle magasságban, lépcsőzetesen 3 sor úgynevezett izzasztó

padot helyeznek el egymás fölé. E padokhoz, melyek fekvésre is szolgálnak, kényelmes falépcső vezet. A melegítőkészülék egy része, a hová a felmelegítendő levegőt igen czélszerű berendezéssel egyenesen az intézet nagy kertjében levő légszűrőn át vezetik, a padok alá van szerelve s igen könnyen szabályozható. A legfelső, a sudatoriumnak megfelelő fokozaton a levegő hőfoka 60-ig emelhető; ehhez viszonyítva a legalsó, a caldariumot pótló fokon a temperatura rendszeren 10—15°-kal alacsonyabb.

A szomszéd teremben elhelyezett gőzfürdő berendezése nagyjában hasonló a meleglégfürdőéhez. Itt csak két sor pad van egymás fölé helyezve. Az egész terem metlachi lapokkal van burkolva és hogy a lecsapódott víz a betegek ne csöpögessen, gótvíves boltozattal bír, melynek elein a lecsapódott vizet keskeny csatornák vezetik le, egyenesen a padozat alatt levő gyűjtőcsőbe. Az alacsony nyomású gőz a padok alatt elhelyezett vastos rézcsövek apró nyílásain ömlik be és nehogy a gőzsugár közvetlenül érje a beteget, másrészt pedig, hogy a lecsapódott víz könnyebben legyen levelezhető, a bevezető apró nyílások mind a padló felé néznek. Itt szokásban van minden fürdő előtt a nyílások alá néhány csepp törpefenyő-olajat önteni, a minek kellemes illata azután, a gőzzel keveredve, az egész helyiséget betölti.

Különben pedig minden fürdés után a gőzfürdő (valamint minden egyéb fürdő) helyiségét az egyik sarokban külön e czélra felszerelt, vastagabb gummicső-pótlékkal bíró vizesap segítségével alaposan kimossák. Hogy minden helyiségnek külön szellőztető készüléke is van, nem is kell külön említenem.

Ugyancsak a gőzfürdő egyik falán egy közönséges gőz-zuhany és egy sugár-gőzzuhany is van. Mindezen berendezések úgy vannak szerkesztve, hogy a lecsapódott víz egy oldalnyíláson távozik; így sohasem fordult még elő, hogy a beteget leforrázták volna. A zuhanyokhoz, fürdőkádakhoz szolgáló vezetékek vizének hőfoka is korlátolt határok között (10—50°) változtatható és így túl magas hőfokot akarva sem lehet beállítani.

A gőzfürdő kijárata előtt a betegek leöblítésére és lehűtésére szolgáló nagyobb vízmedence van. Torna József dr.

(Vége következik.)

## IRODALOM-SEMLE.

### Könyvismertetés.

Leo Langstein: Die Albuminurien älterer Kinder. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1907.

Az idősebb gyermekek fehérjevizelésével foglalkozik a munka, összefoglalva e czím alatt az angol Moron által serdülők fehérjevizelésének, Pavy által ciklusos, Heubner által orthotikus albuminuriának elnevezett kórtünetesoportot. A fehérjevizelés ezen alakját jellemzi, hogy a benne szenvedő egyének éjjeli vizelete fehérjementes, míg nappali vizeletük fehérjetartalmú. Tartós fekvés alatt a fehérje eltűnik a vizeletből, de azonnal ismét megjelenik, mielőtt a beteg a horizontális helyzetét a vertikálissal cseréli fel. Langstein 2½ év alatt több mint száz ilyen beteget észlelt rövidebb-hosszabb ideig, közöttük egyet — ki később intercurrents betegségben meghalt — betegsége kezdetétől haláláig, úgy hogy lehetséges volt a veséket pontos mikroszkopi vizsgálat alá vetni, a mikor is kiderült, hogy a vesékben a legesekélyebb lobos vagy degeneratív elváltozás sem volt jelen. Ez az első eset, mely bonczolásra került. Ezen eset részletes leírása s az ennél eszközölt vizsgálatok pontos ismeretése után a túlnyomóan ambulanter észlelt és vizsgált betegeket csoportosítja három osztályba. A legnagyobb csoportot alkotják azon gyermekek, kik a chlorosisban szenvedők megszokott panaszaiival, fejfájással, szívdobogással, szívtáji szűró érzésekkel, szédüléssel, könnyen elfáradással stb.-vel jöttek az ambulantiára. Feltűnő sok volt közöttük a tuberculosis terheltségű s a tuberculosis gyanúja alatt álló. Ezen csoportban csaknem kizárólag lányok voltak, ez az angiospasmusos typus. A második csoport tagjai is túlnyomóan lányok, jó színben levő gyermekek, kik fejfájásról, congestiókról, gyakoribb hányásról vagy gastrikus krízisekről panaszkodtak. Gyakori volt ebben a csoportban az urticaria és többen feltűnő erős vasomotorius bőringerlékenységgel tüntek ki. Ez az eretikus typus.



A harmadik csoport tagjai látszólag teljesen egészségesek voltak, semmi panaszuk sem volt, s a legtöbb esetben csak a véletlen vizsgálat derítette ki az albuminuriát. A diagnosis felállításakor, mely bár nem nehéz, de rövid idei észlelés után nem abszolút biztos, főképen két adatra támaszkodhatunk, úgymint: az ecetsavra kiváló fehérje mennyisége itt aránylag *nagy* és a kiváló fehérje mennyisége az egyes vizelesek-kor *óriási* ingadozásokat mutat. A mi a betegség aetiologiáját illeti, különös alakja ez a veséken át való fehérjekiválasztásnak, mely nem a vesék szövetének megbetegedésétől feltételezett (vesealak-elemeket sohasem tartalmaz a vizelet), hanem a szervezet bizonyos fejlődési szakaszához kapcsol, vagyis általános gyengeségi állapot kifejezése. A betegség lefolyása nagyon hosszantartó lehet, az irodalomban 20 éven át észlelt esetek is vannak említve, mindamellett a prognózis jó, a menyiben az *orthotikus albuminuria nephritisbe* sohasem megy át. Therapiáját illetőleg *Langstein* ajánlja az erdős, hegyes vidékeken friss levegőn való tartózkodást, a rendes mozgást és táplálkozást. A tejdiétát és fekvőkúrát határozottan ellenzi; a szellemi és testi túlerőltetéstől óvja az orthotikus albuminuriában szenvedőket.

Koós Aurél.

**Zur Psychologie der primitiven Kunst.** Ein Vortrag von **Max Verworn** (Göttingen). Verlag von G. Fischer in Jena, 1908. 47 lap.

Verworn a történelem előtti ember rajzait vizsgálja, s megkülönböztet physioplastikai és ideoplastikai rajzot. Az első a látottat hűen adja vissza, a másodikban a rajzoló nem annyira azt rajzolja, a mit lát, hanem inkább gondolatvilágát, képzeletét viszi a rajzba. Így lesz érthető, hogy a korábbi palaeolith korból maradt barlangfalakra vésett rajzok természetűek, mert az akkori ember még nem gondolkozott lelki, vallási vagy metaphysikai problémákon. A későbbi kor primitív emberének rajzai kevésbé hűek, mert naiv speculatioit viszi beléjük. A gyermekek rajza is inkább ideoplastikai, ha például egy embert rajzol, nem azt rajzolja, a mit egy emberen lát, hanem sorban lerajzolja azokat a testrészeket, a melyekről tudja, hogy vannak, nem felejtve el, hogy 5 ujj legyen minden kézen és a már kész testrészekből összeállított rajzra kívülről rárajzolja a ruhát úgy, hogy azon át a test látszik. Ugyanez egyiptomi rajzokon is előfordul.

Kollarits Jenő dr.

## Lapszemle.

### Gyógyszerstan.

**Hydropyryn** elnevezéssel új salicyl-készítményt hozott forgalomba egy budapesti kémiai gyár. A hydropyryn — előállítója szerint — nem más, mint az aspirinnek vízben oldható nátrium-sója. Ize kissé émelyítően édeskes, miért is czélszerű ostyában bevenni vagy oldatban syr. rub. id.-vel, a mely annyira megjavítja az ízt, hogy kis gyermekek is ellenkezés nélkül beveszik. *Molnár Viktor* dr., a ki a Ferencz József kereskedelmi kórház belbetegosztályán sok esetben használta, tapasztalatait a következőkben összegezi: „A hydropyryn therapeutikus értéke, legalább azon esetekre vonatkozólag, a melyekben mi alkalmaztuk, teljesen egyenlő az aspirinéval, mely fölött határozott előnye, hogy vízben oldható, míg a készítmény magyar volta szinte kötelességévé teszi minden magyar orvosnak, hogy meggyőződve kiváló használhatóságáról, adott esetben fölébe helyezze hasonló külföldi szereknek, első sorban az aspirinnek, a melynek a hydropyryn teljes értékű pótszere és melytől az ár tekintetében sem különbözik.” (Gyógyászat, 1908. 9. szám.)

**A sós hashajtók hatásmódját** Buchheim és Hay nyomán eddig úgy értelmezték, hogy a sós hashajtók a bélben nem csupán azt a vizet tartják meg, a melyben oldódtak, hanem a bélnyálkahártyára gyakorolt izgató hatásuk folytán bő nedvelvasztást is létesítenek; a béltartalom tehát hig marad s így könnyebben kiürülhet, azután meg másodlagosan a peristaltika is fokozódik. Ezt a magyarázatot újabban Mac Callum elveti, és felveszi, hogy a sós hashajtóknak ionjai specifikusan hatnak a bél izomzatára és mirigyeire, de csak akkor, ha közvetlenül jönnek érintkezésbe ezekkel a szövetekkel, vagyis felszívódva, a véráramba kell jutniok. Ennek megfelelően Mac Callum szerint legkifejezettebb és leggyorsabb a hatás akkor, ha közvetlenül a vérbe fecskendezzük a

sós hashajtót. *Frankl* megismételte nemrégiben Mac Callum kísérleteit s más eredményre jutott, úgy hogy véleménye szerint továbbra is fenntartandó a Buchheim-Hay-féle értelmezés. (Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak., 57. kötet, 5. és 6. füzet.)

### Belorvostan.

**Pylorusszűkület és gyomorfekély** 19 esetében használta *Bloch* az olajkúrát és kedvező eredményei alapján azt a követelést állítja fel, hogy mielőtt valamely betegen, a ki a szóban forgó bajokban szenved, műtétet végeznénk, kísérletet kell tenni az olajkúrával. *Jordan*, a ki a cikket a „Münchener medizinische Wochenschrift” ez évi 8. számában ismerteti, megjegyzi, hogy ő is, de mások is (*Crämer*, *Walko*) sokkal kevesebb olajat adnak, naponként 2—3-szor 1 evőkanálnyi ol. amygdal. dulce-t az étkezések előtt bismuttal együtt heteken át. Nagyobb mennyiségű olajat az undor miatt legjobb a gyomoreső segítségével bevinni.

**A szív magatartásáról testmegerőltetés után.** Régebben azt hitték, hogy nem csupán a beteg, de az egészséges szív is erősebb testmunka után — noha sokszor csak műlóan — kitágul. A mióta azonban a szív nagyságát a kopogtatás helyett a sokkal megbízhatóbb orthodiagraphia segítségével határozzák meg, kiderült, hogy az említett nézet téves, a menyiben az egészséges szív testmegerőltetés után nem tágul ki, sőt némelyek szerint megkisebbedik. Legújabban *Dietlen* és *Moritz* közlik megfigyeléseiket, a melyeket a lipese-strassburgi távkerékpározáson (558 kilometer) résztvetteken tettek. A szív megnagyobbodása (kitágulása) egy esetben sem következett be, sőt ellenkezőleg többé-kevésbé kifejezetten szívmegekisebbedés volt kimutatható, a mely csak lassanként, órák, sőt napok múlva szűnt meg. Ezt a megkisebbedését a szívnek némelyek úgy magyarázzák, hogy bizonyos vérpályák elsődlegesen kitágulnak s ennek következtében kevesebb vér jut a szívbe. Mások pedig azt hiszik, hogy a testmegerőltetéssel velejáró nagyfokú vízvesztés miatt megkevesbedik a vér s ez okozza a szív megekisebbedését; ez a feltevés azonban nem valószínű, mert tudjuk, hogy mily makacsággal iparkodik megtartani a vér a víz mennyiségét. *Dietlen* és *Moritz* szerint legvalószínűbb az, hogy a testmegerőltetéskor az izmoktól követelt nagyobb vérmennyiséget a szív gyakoribb összehúzódással juttatja oda, a minek következtében a szív megtelődése vérrel a diastolében kisebb lesz s így a szív megkisebbedik. (Münchener med. Wochenschrift, 1908. 10. sz.)

**A fehérje mennyiségének meghatározására a vizeletben** az Esbach-kémlőszer helyett *Tsuchiya* a következő összetételű reagenst ajánlja: Rp. Acidi phosph.-wolfram. 1·5; Acidi hydrochlor. conc. 5·0; Alkohol (96%) 100·0. Előnye, hogy olyan kis fehérjetartalom esetén is ad esapadékot, a mikor az Esbach-regans csak zavarodást idéz elő; az eredmény is megbízhatóbb és pontosabb. Ezen kémlőszerrel dolgozaskor is a közönséges Esbach-csővet használjuk. (Zentralbl. f. innere Medizin, 1908. 5. sz.)

**A vena cava superioriornak aorta-aneurysma okozta hirtelen elzáródására** vonatkozó készítményt mutatott be *Hochhaus* a „Rheinisch-westfälische Gesellschaft für innere Medizin” egyik utóbbi ülésén. A 35 éves pinezér előbb teljesen egészségesnek érezte magát. Egy napon azonban megdagadt a feje, arca el-kékült, erős fejfájást kapott és a légzése is kissé nehezített lett. Másnapra az állapot rosszabbodván, kórházba vétette fel magát, a hol a következő leletet állapították meg: A meglehetősen elhízott, erőteljes férfi arca, feje, melle az 5. bordáig, háta a 6. mell-esigolya tövisnyújtványáig erősen cyanosisos és vizenyösen duzzadt; a nagy gyűjtőerek nem duzzadtak meg feltűnően. A sensorium tiszta, a hang rekedt, a beszéd és a nyelés zavartalan. A száj és a torok nyálkahártyája szintén cyanosisos. A szemlelet normális. Az abszolút szívtompulat 9 cm. magas és 11 cm. széles; a relativ a középvonaltól balra 15, jobbra 7 cm.-nyire terjed. A pulsus lágy, kissé arhythmias, kétoldalt egyforma, percenként 132. A légzésszám percenként 22. A szegyesont felett ninesen tompulat és rezgés. A többi szerv normális. A következő napokon a zavarok súlyosbodtak, a vizenyő a mellen a bordáig, hátán a 10. mell-esigolya tövisnyújtványáig terjedt; a légzés és az érverés szaporasága fokozódott. Két hét múlva a beteg, a nélkül, hogy a tünetek lényegesen megváltoztak volna, szívgyengeségben meghalt. A bon-



ezelőskor tojásnagyságú aorta-aneurysmát találtak közvetlenül a billentyűk felett, a mely aneurysma összenyomta a vena cava superior. Sajátságos ebben az esetben a tüneteknek hirtelen támadása. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 8. sz.)

### Sebészet.

**Az appendicitis és ulcus ventriculi összefüggéséről** ír *Mahnerl.* Az osztályán két év alatt észlelt 36 ulcus ventriculi-esetből 23, vagyis 64% szenvedett chronikus appendicitisben. Az esetek egy részében súlyos appendicitisek után léptek fel ulcus-tünetek, pylorusstenosis, melyek mint az appendiculus folyamat maga, később műtétet igényeltek. Az esetek másik csoportjában (négy eset) a sectio mutatta ki ulcus mellett az appendicitis jelenlétét. A többi esetben csak klinikai jelek engedték meg a chronikus appendicitis és ulcus ventriculi egyidejű jelenlétének felvételét. Az összefüggés a két bántalom között az volna, hogy az appendicitis a primaer s az ebből származó retrograd emboliák, thrombosisok vezetnek a gyomorbéli fekélyesedésre. A jelzett észleletekből azt a therapeutikus következtetést vonja, hogy az appendectomy indicatioit az appendicitis chronikus és latens formáira is ki kell terjeszteni. (Mitth. an den Grenzgeb. der Med. und Chir., XVIII. 3.)

*Pólya dr.*

**Az arthrodesis értékéről** *Vulpus* (Heidelberg) következőleg ír.

Az utolsó években meglehetősen ritkán találkozunk közleményekkel, melyek az arthrodesis értékét és eredményét tárgyalják; ennek oka, hogy a gyermekbénulások operatív kezelésében az ináttűtetést gyakran egyoldalúan túlbecsülték.

V. szerint időszerű, hogy a figyelmünket újból az arthrodesisek felé fordítsuk. Az arthrodesis akkor indikált, ha a bénulás óta legalább egy év telt el, az ízület lötyög, továbbá ha arthrodesissel nagyobb előnyt biztosíthatunk a betegnek, mint bármely más módszerrel.

*Vulpus* külön részletezi ezután az arthrodesis indicatioit a talo-cruralis ízület, térd, csipő és vállizület bajaiban.

A módszer technikáját illetően V. híve a kiterjedt metszéseknek; az izvegeket egészen a csontos állományig felfrissíti és ezután a csontvégeket selyemmel vagy dróttal varrja. Utána körülbelül három hónapig rögzíti az ízületet gipszkötésben, majd pedig a beteggel még néhány hónapig hordat tokos készüléket.

A végeredményre vonatkozólag érdekes adatokat közöl. A talocruralis ízület arthrodesisének körülbelül az esetek 50 usque 60%-ában ért el csontos arthrodesist; a térdizület arthrodesisének az esetek 55%-ában volt az egyesülés csontos, illetőleg fibrosus, a csipőizületnél az esetek 80%-ában.

V. Röntgen-képek kopiájával igazolja ebbeli állításait és végre azt következteti, hogy az esetek kellő kiválasztása mellett az arthrodesis kitűnő operatív módszere az orthopaediának. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1908. 7. szám.)

*Gergő*

**Az intraperitoneális húgyhólyagrepedésről** értekezik *Nordmann* Kausch tanár osztályáról és érdekesen tárgyalja a ruptura mechanizmusát, diagnostikáját, prognosist. Legfontosabb jel az intraperitoneális hólyagrepedésre a meddő vizezésinger, s az angolok által „véres anuria“-nak nevezett tünet mellett a hasizmok reflektorius összehúzódása. Gyanú esetén csak sebész végezzen egyszer a legszigorúbb asepsissel katheterezést. Ha a körjelzés biztos, minél előbb laparotomia végzendő és a hólyagseb zárandó. A hasürt bőségesen kell konyhasós oldattal kiöblíteni. Ha a varrat jól sikerül, ha még nincs genyes hashártyalob, ha a belek nincsenek nagyfokban felfúvódva, a hasür az öblítés után teljesen zárandó. Sohase tegyük tampon a hólyagvarratra. Ha kétséges, hogy a ruptura intra- vagy extraperitoneális-e, legezészerűbb a *Schlange*-féle eljárás, a mely abban áll, hogy előbb magas hólyagmetasztést végzünk, ezen át a hólyagot kitapintjuk s ha meggyőződünk, hogy intraperitoneális a repedés, a hasürt megnyitjuk s a repedés helyét ellátjuk. Első hétre állandó katheter alkalmazandó, a hólyag naponta 1—2-szer öblítendő. A szerző esetében a 27 éves beteg sok sör ivása után verekedés közben alkalmasint a hasat ért trauma után hirtelen rosszul lett és 36 órával a sérülés elszívódása után került a sebészeti osztályra. A körjelzés átfűrődő hashártyagyulladás volt. A műtét közben derült ki, hogy a hólyag hátulsó falán 6 cm. hosszú, a középvonalban haladó, függőleges,

áthatoló intraperitoneális hólyagrepedés van. A seb ellátása két-rétegű catgutvarrattal. Zavartalan lefolyás után gyógyulás. (Deutsche med. Wochenschrift, 1908. 4. sz.)

*Steiner Pál dr.*

### Fizikai gyógyításmódok.

**Az iontophoresis.** *Frankenhäuser, Leduc* és utánuk *Albrand* újabb eljárást ismertetnek, a melylyel galvánáram segítségével olyan anyagokat is lehet a bőrbe vagy a bőrön át a szervezetbe juttatni, a melyek különben a sértetlen bőrön nem hatolnak át. *Frankenhäuser* ezen eljárást iontophoresisnak, *Leduc* pedig ion-therapiának nevezi. A vegyi anyagoknak ezen újabb alkalmazásmódja azon alapul, hogy a galvánáramlás a testben kettős ionvándorlás által történik, a mennyiben a kationok a kathód, az anionok pedig az anód felé vonulnak. Ez lehetővé teszi, hogy galvánáram segítségével elektrolyt testeket juttassunk a bőrbe. Ezen módszerrel tehát nem az oldott vegyszerek vitetnek a bőrbe, hanem az anódnál az oldatnak a kationja és vizsont. Ilyen módon helybeli és általános hatást érhetünk el. A helybelit igénybe vehetjük a bőr és a nyálkahártyák vagy a felületesen fekvő szervek bántalmaiban, a melyekben ezen eljárással összehúzó, edző, érzéstelenítő stb. ionokat vihetünk be. *Frankenhäuser* pl. a hydrogen- és az ichthyol-ionnak jó hatását látta a psoriasisban. *Leduc* hajhullás-, méh-, nyak- és hüvelyhurut eseteiben a zinkiont ajánlja. A nyálkahártyákat cocain- és adrenalin-ionokkal igen jól és gyorsan lehet érzésteleníteni, a bőrt meg ásványos vizek ionjaival impraegnálhatjuk. Edzésre kiválóan alkalmas az iontophoresis. *Albrand* pl. szemölcsöt 1%-os cuprum sulf. oldattal 8—10 M. A. árammal mintegy 10 percig kezel. Ezen idő alatt a szemölcs szárazon elhal. A mint a rézion a szemölcsön áthatol és az egészséges szövetbe jut, élénk fájdalom támad, a mi annak a jele, hogy a kívánt hatás már bekövetkezett. A kezelést tehát akkor, a mikor fájdalom mutatkozik, befejezhetjük. Czélszerű, hogy a szemölcs elszáradott részét a kezelés előtt ollóval eltávolítsuk és a környező egészséges bőrt rossz áramvezetővel (pl. Billroth-batisttal) elszigeteljük. Igen jó eredményt ért el *Albrand* sycosis parasitaria eseteiben is, a melyekben a bántalom 4 alkalmazás után 0.5%-os chlorzink-oldattal és 15—20 M. A. árammal, melyet minden alkalommal 1/4 óráig engedett behatni, végképen meggyógyult. *Albrand* még ozaena, méhnyak-gonorrhoea, gümőkóros tályog eseteiben látott szép eredményeket az iontophoresistól. A gümőkóros tályogokat négy nappal megnyitásuk után olyképen kezeli, hogy chlorzinkbe mártott gaze-csikokat vezet beléjük és ezeket használja elektrod-nak. Ilyen módon 3—6 alkalmazásra, a melyeket körülbelül 8 napos időközökben végzett, a legtöbb tályog csekély hegképződéssel begyógyult. *Piro* idült eszűs ízületi gyulladásokban a beteg test-részt 2—3%-os natr. salicyl.-oldatba mártott gyapottal csavarja körül, a melyre azután a negatív polust helyezi. A pozitív sarkot vízzel telt edénybe sülyeszti, a melybe a beteg a karját mártja. Az áramot 30—45 percig engedi hatni és ha a beteg jól tűri, lassan 40—100 M. A.-ig fokozza. Ily módon 20—70 alkalmazással súlyos ízületi bajokat és trigeminus-neuralgiát gyógyított meg.

*Frankenhäuser* jodionokkal a golyvát kezelte jó eredménnyel: az antipyrin-, chinin- vagy salicylionoktól idegfájdalmakban, a jod-, salicyl- vagy lithium-ionoktól pedig izomfájdalmakban látott jó hatást. Joddal, higanynyal, morphiummal, digitalinnal stb. általános hatásokat is elért, ha az iontophoresis segítségével a szervezetbe vitte. De azért ezen gyógyító eljárást ezen czélra csak kivételes esetekben ajánlja.

Az iontophoresis technikája nagyon egyszerű. Nem kell hozzá más, mint jól működő galvánkészülék és vegytiszta oldatok. Indifferensnek bármilyen nagybajta elektrodot használhatunk. A differens elektrodot magunk készítjük olyképen, hogy egy közönséges elektrodot, melynek nagysága a kezelendő rész terjedelmének megfelelő, vegytiszta gyapottal vagy szűrőpapírral bevonunk és a megfelelő oldattal átitatunk. Az olesó fémeket közvetlenül is használhatjuk elektrod-nak, pl. a gynaekológiai iontophoresishez zinkszondát használunk. Ha edző hatást nem akarunk elérni, nagyon óvatosan kell eljárunk, mivel az elektrodon az egyik ionsoport elvándorlása következtében, a szerint a mint kathodnak vagy anod-nak használjuk, lúg vagy sav marad vissza, a mely a bőrt, ha vele érintkezésbe jut, felmarja. Hogy ezen visszamaradó lúgot



vagy savat a bőrtől távol tartsuk, *custag* gyapot- vagy szűrőpapírréteggel kell az elektrodot bevonní és czélszerű, ha az elektrod és a bőr közé lakmuspapírt teszünk, mert ennek színváltozása figyelmeztetni fog bennünket, hogy a visszamaradó sav vagy lúg a gyapotrétegen átmár a bőrig jutott. (*Frankenhäuser*, „Zeitschrift f. phys. u. diät. Ther.“ 11. köt. 6. old. — *Leduc*, „Die Ionen- oder Electrolyt-Therapie“, Leipzig, 1905.“ — *Albrand*, „Zeitschrift f. phys. u. diät. Therapie“ 11. köt. 598. old. — *Piro*, „Annali dio Elettric. med. e Terap. fiz.“ 1907. 7. szám, ez utóbbi a „Zeitschr. f. ph. u. d. Therapie“ referatuma nyomán czítálva.)

Lenkei V. D. dr.

### Börkórtan.

**A gyapjúsíradék hydrophiliájáról és az eucerinről, a gyapjúsírból újonnan előállított kenősalapanyagáról** ir chemiai és therapiái szempontból *P. G. Unna* (Hamburg). A szerző vizsgálatai a következő eredményre vezettek: 1. A cholesterinesoportnak alkoholjaitól megszabadított gyapjúsír, mely főleg cholesterin-esterekből áll, semmiféle lényegesebb vízfellevő képességgel nem bír. 2. A gyapjúsír általában, a lanolin pedig különösen jelentékeny vízfellevő képességét nem köszöni a benne levő cholesterin-estereknek, hanem a szabad cholesterineknek. 3. A lanolin magában véve nem alkalmas alapanyag hűsítő kenőcsökhöz. Csak akkor válik azzá, ha glicerinsírokkal vagy más zsírnemű anyagokkal keverjük. E lanolinos hűsítő kenőcsök cholesterinsírtartalmuknál fogva kellemetlen gyapjúsírszagúak és azonfelül igen kevésbé sikamlósak. 4. A gyapjúsírból izolált oxycholesterinesoport ezzel szemben mentes minden kellemetlen szagtól. Ezenkívül még kevésbé bomlik mint a cholesterinsírok és rendkívüli hydrophiliával bír, melyet más kenősalapanyagokra át tud ruházni. 5. Ezen alkohol-esoportnak 5 része összekeverve 95 rész unguentum paraffinivel adja az „eucerinum anhydricum“-ot. Az „eucerin“ nem más, mint ezen keveréknek egyenlő vízmennyiséggel való elegyítése. 6. Az eucerin feltétlenül tartós, puha, simulékony, teljesen szagtalan, egyéb anyagokkal kitűnően keveredő anyag, a melynek kiváló tulajdonsága, hogy vizes gyógyanyagokat bőséges mennyiségben felvesz. 7. Az eucerin ennek következtében a legjobb az összes hűsítő kenőcsök (unguenta refrigerantia) között. 8. Az eucerin keverve más kenőcsökkel és pasztákkal (1:1, 1:2, 1:3), ezeket is átalakítja hűsítő kenőcsökké és pasztákká. 9. Az eucerinnel csaknem valamennyi használatos kenőcs és paszta előállítható. Így főleg a gyuladós bőrbajok ellenében használt zinkkenőcs-paszta, zinkkenőcs paszta stb. 10. Igen jól beválik az eucerin pomádék, első sorban ajakpomádék konstituensének. 11. Szem-, fül-, orr- és vaginális kenőcsök, tehát általában oly kenőcsök, melyektől megkivánjuk, hogy nedves nyálkahártyafelületeken tapadjanak, konstituensül az erősen hydrophil eucerinum anhydricumot kívánják meg. 12. Kátrányos és ichthyolos kenőcsök szintén eucerinum anhydricummal készíthetők. 13. Az eucerin a legjobb kenősalapanyag a tumenol számára is. (Med. Klinik, 1907. 42—43. szám.)

Guszmán.

**A chrysarobinnak hatásáról a vesékre** ír *Winkler*. Általános elterjedt a nézet, hogy a chrysarobin megkárosítja a vesét. Egyrészt állatokon tett kísérletek, másrészt betegeken végzett vizsgálatok alapján, a melyeket Jadassohn tanár klinikáján folytatott, arra az eredményre jutott a szerző, hogy a psoriasis eseteiben használatos chrysarobinkezeléskor a vese izgatásának veszélye alig jöhet szóba. Még súlyos chrysarobin-dermatitis eseteiben is csak nagyon kivételesen találtak fehérvét a vizeletben. Mindamellett nem felesleges a chrysarobin használata előtt és közben rendszeresen megvizsgálni a vizeletet. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte, 1907. 18. szám.)

### Fülörvostan.

**Otogen sinusthrombosis esete, tünet nélküli lefolyással.** A heveny és idült genyes középfülgyulladásokhoz társuló thrombophlebitise a sinus transversusnak szabályszerint erős rázóhideggel s rákövetkező magas, 40 C°-os vagy ennél is magasabb lázzal szokott beköszönni, melyre a láznak a remissioja következik, a mikor sokszor a normális alá süllyed a hőmérsék. Ezen hidegrázással bevezetett lázroham az eset súlyossága szerinti rövidebb vagy hosszabb időközökben ismétlődik, néha 24 óra alatt több ilyen

roham is keletkezhet. E mellett, bár nem minden esetben, hányás, a tarkóizmok merevsége, neuritis optica, a regio mastoidea oedemája stb. lehet jelen. Különös, hogy ezen egyik legsúlyosabb és legveszélyesebb complicatioja a fülbetegségeknek néha, bár igen ritkán, a fennebbi jellegző tünetek nélkül folyik le. Már Eysell, Hewett, Fränkel és Pollitzer közölt bonezolásleleteket, hol a sinus transversusban már organizált thrombus volt olyan egyénekben, kiken az életben sohasem voltak olyan tünetek, melyek a sinus thrombophlebitisére engedtek volna következtetni. Élőben észlelt ilyen esetet *Uffenorde* magántanár, szerinte az Alexander és Schroeder által nemrégiben közölt hasonló 2 eseten kívül az irodalomban több nincs felemlítve. Az eset arteriosclerosisban szenvedő 41 éves munkásra vonatkozik, a ki 1906 karácsony óta nagyot hallott és általános levertséget érzett. 1907 évi húsvétkor csekélyfokú szédülése is volt. Az 1907 áprilisban tett diagnosis otitis media simplex chronica bilateralis et exsudativa acuta sin. volt, ideges nagyothallással mindkét oldalon. A lefolyás alatt a bal fül kissé fájdalmas lett s a dobhártya elődomborodván, paracentesist végeztek, mire mérsékelt mennyiségű genyfolvás indult meg s a fájdalom megszűnt. Egyéb tünet nem volt. A paracentesist többször meg kellett ismételni, sőt galvanocauterrel állandó nyílást is készített *Uffenorde*. Az egész lefolyás alatt láza egyszer sem volt a betegnek. 1907 május 13.-án a secretio bővebbé vált, a hátulsó-felső hallójáratfal lesüllyedt. A bal temporális tájékon nyomást érzett a beteg és levert lett; láza most sem volt s a esecsnyűlványát nyomásra sem fájdalta. A bővebb genyedés és a hátulsó-felső hallójáratfal lesüllyedése miatt chloroformnarcosisban typosus felvését végzett 1907 május 14.-én. *Uffenorde* a esecsnyűlvány corticalisát kissé kékes színűnek találta, kivált a csúcs felé. A felületes esecsnyűlványsejteken geny nem volt. Az antrumban csak kevés. A proc. mastoideus csúcsának felnyitására — melyet *Uffenorde* a felvételkor sohasem mulaszt el — a szokatlanul nagy terminális sejtekből hirtelen nagy nyomással geny nyomult elő, mely a nevezett sejteket megtöltötte. A szokatlanul porhanyós spongiosus részt kikaparván, a centrális sinusrészt falát genyvel körülvéve és szabadon fekvé találta. A sinus maga részben sárgás, részben piszkosvörös színű és tömött tapintatú. Közvetlen a sinus petrosus szájadzába helyén a sinusfalon fistula volt, melyből tejfelszerű geny ürült. Ezen fistulától kezdve a sinust felhasította a centrális vég felé fekvő tömött, ép thrombusig, melyet meghagyott, s a periferiás végből a thrombus kikaparván, tamponálta a sinus üregét. A beteg zavartalan és láztalan lefolyás után 3 hét alatt teljesen gyógyult. Érdekes, hogy az operatio alkalmával vett genynek bakteriologiai vizsgálata negatív volt. Tenyésztéssel sem volt bakterium kimutatható. Talán éppen ennek tulajdonítható, hogy a thrombusnak csak kis része esett szét s így a vérkeringésbe nem juthatott fertőző anyag; ezért maradhatott ki a láz. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, XLI. évfolyam, 11. f.)

Udvarhelyi dr.

### Kisebb közlemények az orvostgyakorlatra.

**Chorea** eseteiben *J. Gordon Sharp* következő módon használja az arsen: naponként 3-szor evőkanálnyi vétet be közvetlenül az evés után a következő orvosságból: Rp. Sol. arsenicalis Fowleri guttas 240; Tinct. capsici guttas 25; Extr. liquid. liquoritiae guttas 240; Aqu. chloroformii 200.0; Aqu. destill. ad 400.0. Az extr. liquoritiae az arsen legjobb vívőszere; a chloroform és capsicum érzéstelenítő hatású a gyomornyálkahártyára, s ily módon elősegíti az arsen türesét; ezenkívül a chloroform megakadályozza az orvosság bomlását meleg időben. Ha két héten belül javulás mutatkozik, addig kell folytatni az említett gyógyszer bevezését, a míg a beteg jární tud egy egyenes vonal mentén s nyugodtan meg tud állni a beteg oldal lábán, a mi rendszerint 3—4 hét alatt szokott bekövetkezni. (Practitioner, 1908. február.)

**Tüdögümökórosak éjjeli izzadása ellen** *Gebhardt* dr. jó eredménnyel használja 30/0-os vizes vagy alkoholos oldatban (Rp. Lysoli 3.0; Alkohol absol., Aqu. destill. aa 50.0). Ezzel az oldattal gummiszivacs segélyével mintegy 5 perczig dörzsölendő az egész test. Különösen könnyebb esetekben kitűnő a hatás. Profus izzadás eseteiben előzetes szappanos langyos fürdő után végzendő a lysolledörzsölés körülbelül 4 perczig s utána letörlés nélkül lefekszik a beteg. Az eljárást 5 napon át megismételve, néha 2—3 hétre



sikerül az izzadást megszüntetni. Mérgezést vagy kellemetlen tünetet sohasem látott a szerző. (Budapesti orvosi ujság, 1908. 12. sz.)

**Csontgümőkór** eseteiben *David* jó eredményeket látott a formamint-tabletták használatától. Az 1 grammos tablettákból óránként vétet be egyet. A formamint belső használatakor formaldehyd jelenik meg a vérben, a melynek fertőtlenítő hatására vezethető vissza a kedvező eredmény. (Ref. Medizinische Klinik, 1908. 10. szám.)

**Szarúhártyahomályosodás** eseteiben *Windmüller* kielégítő eredménnyel használja a fibrolysin a szembe cseppentés alakjában naponként 1—3-szor; közvetlenül előtte 2—10%-os dionin-oldatot is cseppent a szembe a szemteke felszívóképességének fokozására. (Medizinische Klinik, 1908. 9. szám.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1908. 12. szám. *Lévai József*: Másodlagos ideggyarbak. *Anjeszky Aladár*: A serunkészítés elvei és technikája.

**Orvosok lapja**, 1908. 12. szám. *Balás Dezső*: Adatok a homokóra-alakú gyomor kórtanához. *Vándor Dezső*: A forol alkalmazása neuralgikus és reumatikus betegségeknek.

**Budapesti orvosi ujság**, 1908. 12. szám. *Gebhardt Ferenc*: A tüdővészések izzadásának kezeléséről és a lysoltherapiáról.

### Vegyes hírek.

**Jubiläum**. *Fitz Sándor* dr., Versecz város főorvosa e hó 17-én töltötte be orvosi működése megkezdésének 40. évfordulóját.

**Kinevezés**. *Klein Ödön* dr.-t és *Klein Artur* dr.-t a belügyminis-ter a pozsonyi állami kórház alorvosává nevezte ki. — *Kun Ignác* dr.-t Losonczapátfalván körorvossá nevezték ki.

A budapesti poliklinikán a *Liebermann Mór* dr. leköszönése foly-  
tán megüresedett gynaekologiai főorvosi állásra *Kubinyi Pál* dr.-t választották meg.

A tisztiorvosi vizsgára előkészítő cursus Budapesten április hó 21-én kezdődik. Bővebb felvilágosítást ad *Kaiser Károly* dr., Budapest, belügyminis-terium.

A XVIII. magyar balneologiai congressust április 4-én és 5-én tartják a budapesti kir. orvosegyesület házában (Szentkirályi-utca 21). Előadásokat tartanak: *Lenkei V. Dani* (Yeleményeltérések a napfürdők alkalmazásának módjában), *Rottenbiller Ödön* (A forró fürdők therapiái elbírálása, különös tekintettel a forró fürdőkkel fűzött orvosgyakorlati visszaélésekre), *Tausz Béla* (Adatok a májmegbetegedések balneotherapiájához), *Tuszkai Ödön* (A balneologiai új irány), *Lukács Emil* (A hazai fürdők és ásványvizek forgalmának emelése), *Reichardsperg Lajos* (Chro-nikus izületi gyulladások gyógyítása meleg sósfürdőkkel), *Jakab László* (A vér viscositásának változása physiotherapiás behatások alatt), *Weisz Ede* (Imponderabilitás a fürdőorvosi gyakorlatban), *Dalmady Zoltán* (A magaslati téli klíma elemei, hatása és indicatioi), *Gahr Mihály* (A magaslati téli klíma therapeutikai értékéről), *Bosányi Béla* (Külföldi balneologiai események 1907-ben) és *Lőr Sámuel* (A magyar fürdők látogatottsága és ásványvízforgalmunk 1907-ben). A congressussal kapcsol-  
latban tartja évi közgyűlést a magyar szent korona országai balneolo-  
giai egyesülete.

**Megjelent**. *Korányi Frigyes*: Emlékezés Balassa Jánosról. Semmel-  
weis-serleg-beszéd. Különlenyomat a budapesti orvosi kaszinó 1908. évi  
évkönyvéből. — *Grösz Menyhért*: A nagyváradi városi tüdőbeteg-rendelő-  
intézet (dispensaire) szervezete és első évi jelentése. A 38 lapra terjedő  
füzetből megtudjuk, hogy a nagyváradi dispensaire 1907 április 9-én  
kezdte meg működését. A lefolyt 9 hónapban 191 beteg jelentkezett,  
a kik közül kifejezetten gümőkóros 89, gümőkórra gyanus pedig 10  
volt. Köpetvizsgálatot 194 esetben végeztek, 70 esetben positiv ered-  
ményt nyert. Minden rendelőnapra átlag 13 beteg esett. A betegek az  
országos betegápolási alap terhére ingyen gyógyszer kaptak; 30 beteg  
élelmiszert (összesen 130 kiló húst, 2018 tojást, 2464 liter tejet), 9 beteg  
lakás-segélyt és 1 beteg tűzfűtést is kapott. 12 esetben a betegek át-  
költöztetése alkalmával a dispensaire felkérésére a városi főorvosi hivatal  
a régebbi lakás fertőtlenítését végezte. Három beteget sikerült a belügy-  
minis-ter tárcza terhére a József-sanatoriumba felvételni. A gümőkór  
elleni küzdelemben mindenesetre elsőrangú a dispensaire-intézmény, mely-  
nek az egész országban, minél tágabb körökben elterjedése hazánk köz-  
egészségügyének javulása szempontjából a legmelegebben óhajtható s  
a mely azért a legnagyobb anyagi és erkölcsi támogatást érdemli. —  
*Preisich Kornél* dr. Az angolkór. Az „Egészség könyvtára” című  
vállalat 6. kötete. Budapest, Franklin-társulat. Ára 1 korona. — *Doctor*  
*Károly* dr.: Vizsgálati napló czukorbetegség számára. Budapest, Grill  
Károly bizománya. Ára 1 korona 50 fillér.

**Meghaltak**. *Martin Sándor* dr., a Margit-ligeti szanatorium tulaj-  
donosa és igazgatófőorvosa e hó 22-én 54 éves korában. — *Stefánovics*  
*Anna* dr. 26 éves korában Nagykikindán — *H. B. Silvester* dr. kórházi fő-  
orvos Londonban, 78 éves korában. Silvester dr. neve leginkább a szerinte

elnevezett mesterséges lélekzési módszer által lett széles körben ismertté.  
E módszert 1863-ban írta le. Némi feltűnést keltett egy 1883-ban a „Lancet”-  
ben megjelent cikke is, melyben eredeti módszert ajánl a vízbefúlás ellen  
hajótörések esetére. A módszere abban áll, hogy az ember ejtsen kis sebet a  
szája nyálkahártyáján s ezen át fújjon be maga levegőt a nyálkahártya  
alatti kötőszövetbe, míg a fejen és nyakon bórallati emphysema kelet-  
kezik, mely elég kiterjedt arra, hogy az embert a víz felszínén tartsa.  
Allatokon be is mutatta a módszerét, de emberen soha senki se  
próbálta meg. — *Rev. B. Wagh* Londonban, a gyermekek elleni kegyet-  
lenséget meggátló társaság (National Society for the Prevention of  
Cruelty to children) alapítója és főtákar. Wagh 1884-ben alapította  
ezt a társaságot, mely, kicsiny alapokból kiindulva, azóta nagy jelentő-  
ségre tett szert s fennállása óta 380,000 esetben lépett közbe.

**Kisebb hírek külföldről**. *Kries J.* freiburgi tanár a meghívást a  
müncheni egyetem physiologiai tanszékére nem fogadta el. — *Cloetta M.*  
zürichi tanárt meghívták a göttingeni egyetem gyógyszer-tani tanszékére.  
— *Caruso F.* dr.-t a cataniai egyetemen a gynaekologia rendes tanárává  
nevezték ki. — *Friedberger E.* dr., a hygiene és bakteriologia magán-  
tanára Königsbergben a tanári címet kapta. — A berlini egyetemen az  
orthopaed sebészet rendkívüli tanári állására *Lange* (München), *Wullstein*  
(Halle), *Joachimsthal* (Berlin) és *Knapp* (Berlin) dr.-okat hozták javas-  
latba. — *Albu* és *Gottschalk* berlini docensek a tanári címet kapták.  
— *Manz W.* dr., a szemészet nyugalmazott tanára Freiburgban a napok-  
ban ünnepelte 50 éves orvosdoktori jubileumát.

Az akadémiák nemzetközi szövetsége megvalósítja most azon  
határozatát, hogy az ókori orvosok műveiből gyűjteményes kiadást  
rendez. A sajtó alá rendezéssel és kiadással a szövetség a berlini,  
lipseai és kopenhágai akadémiát bízta meg. Egyelőre a görög orvosok  
műveit adják ki 32 kötetben, a melyek közül Galenos maga 13 kötetet  
foglal el. A nem sokára megjelenendő 1. füzet Philomenos (Kr. u.  
II. század) pharmacologiaját fogja tartalmazni. A vállalat költségeit  
150,000 márkára becsülik a nyomtatási költségek nélkül s az összes  
kötetek megjelenése 16—20 év alatt várható. — Ugyanegy időben  
Athenben is hasonló vállalkozás indul meg; nyelvtudósokból és orvo-  
sokból álló bizottság alakult a régi görög orvosi írók műveinek, a már  
nyomtatásban megjelenteknek s a még csak kéziratokban levőknek  
a kiadására. Évente két kötet fog megjelenni; egy-egy kötet ára  
5 frank lesz.

**Új orvosi lapok**. Legközelebb a következő új orvosi lapok indul-  
nak meg: *Epilepsia*, nemzetközi közlöny, szerkeszti Donath Gyula (Buda-  
pest) és L. J. J. Muskens (Amsterdam) a következők közreműködésével:  
H. Claude (Paris), A. Turner (London), L. Bruns (Hannover), W. P. Sprat-  
ling (Sonica). A munkatársak névsorában ott találjuk Bechterew, Gowers,  
Lucian, Horsley, Koher, Ramón y Cajal stb. nevét. — *Archives of Dia-  
gnosis*, kiadja H. Stein dr. Londonban.

**Congressus**. Folyó évi szeptember 28—30.-áig lesz Abbaziában a  
IV. nemzetközi thalassotherapiái congressus. A rendező bizottság élén  
Glax tanár áll, a congressus titkára A. Oliven dr. (Berlin-Lankwitz).

Jelen számunkhoz a Goedecke és társa lipseai cég „Jodofan”  
című prospectusa van mellékelve.

Mai számunkhoz az Apotheke zum heiligen Geist, Wien prospek-  
tusa van csatolva.

## Vízgyógyintézet

a „Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten,  
VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró  
és bentlakó betegek számára. — Vízgyógykezelés,  
massage, elektrotherapia, villamos fényfürdők, szén-  
savas fürdők. — Állandó orvosi felügyelet. —  
Rendelő orvos: Dr. Jakab László. Mérsékelt árak. — Kíváncsi prospektus. — Telefon.

## Reiniger, Gebbert & Schall

Budapest, VIII., Rákóczi-ut 19. szám. Villamos orvosi műszerek különlegességi gyára.

## Justus Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.

Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyítás, physikális gyógymódok.

**Orvosi laboratórium:** Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.  
Szövetség-utca 14-16. Telefon 90-46.

**Kopits Jenő dr.** testgyógyító intézetét VIII., Gyöngygyűt-utca  
14. sz. alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

**SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM** az Erzsébet királyné-úti villamos  
végállomásánál ideg- és kedély-  
beteg, alkoholisták, morphinisták számára. Vezető orvos *Salgó Jakab* dr., egyet.  
m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágosítással. — Prospektus. — Sörgöny:  
Budapest. — Telefon 79—72. — Posta Rákospalota. 4895

**Orvosi laboratórium:** Dr. Mátrai Gábor v. egyetemi tanársegéd.  
Andrássy-út 50 (Oktogon-tér). Telefon 26-69.

**Dr. GARA GÉZA, Meran.** Sanatorium.  
Prospectus.

**DR. RINGER** elme- és kedélybeteg gyógyintézete nők és férfiak részére.  
Budapest, I. ker., Lenke-út (Kelenföldi villamos megálló).

**ERDEY Dr. Sanatoriuma** Budapest, IX., Bakács-tér 10.  
Nőbetegek és szülők részére.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

**TARTALOM.** Budapesti kir. Orvosegyesület. (X. rendes tudományos ülés 1908 március 14.-én.) 212. l. — Közkórházi orvostársulat (II. bemutató ülés 1908 február 12.-én.) 212. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (VIII. rendes ülés 1907 december 13.-án.) 213. l. — Erdélyi Múzeum-Egyesület orvos-tudományi szakosztálya. (V. szakülés 1908 február 29.-én.) 214. l. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 214. l.

**Budapesti kir. Orvosegyesület.**

(X. rendes tudományos ülés 1908 március 14.-én.)

Elnök: **Eröss Gyula.** Jegyző: **Kiss Gyula.**

**A kiütéses hagymáz kórokozója.**

**Preisich Kornél:** Eredeti közléseink során egész terjedelemben hoztuk.

**A typhus exanthematicus kórokozója.**

**Krompecher Ödön, Goldzieher Miksa és Ángyán János:** Eredeti közléseink során egész terjedelemben hoztuk.

**Az ép és kóros vesék kikopogtatásának czélszerű módja és eredményei.**

**Korányi Frigyes:** Bevezetésül visszatekint az Orvosegyesületben tartott két előző előadására, melyekben kimutatta, hogy a gerincoszlopnak módszeres kopogtatásával úgy a hátulso mediastinum, mint a medencefű és a hasüreg praevertebrális szerveinek kórboneztani elváltozásai felismerhetők. Azután áttér a vesék kopogtatási vizsgálatára és legújabbkori munkákból vett idézetekkel tünteti fel az általánosan elterjedt nézetet, mely szerint az ép és nagy terjedelemben nem bíró kóros vesék kopogtatása nem ad megbízható eredményt. A klinikusok ezt arra viszik vissza, hogy a veséket igen nagy tömegű izmok fedik a hát felől, a melyek többnyire activ feszülésben tartatnak a vizsgálatkor és hogy a szomszédos máj, lép és belek a csekély vastagságú vesék határán a kopogtatáskor elhomályosulnak. Korányi hullákon tett vizsgálatokkal kimutatta, hogy hasfekvésben az ép veséket pontosan ki lehet kopogtatni. Bemutat egy vesét, melynek topulát hullán kikopogtatta és kirajzolta, azután pedig a tompulat határán hosszú tüket szűrve át, a veséket Entz kórboneztani tanársegéd a hátoldal felől kitarja, a midőn is a tüket pontosan a vese alsó csücskén és külső szélén áthaladottnak találta. Ki lévén mutatva, hogy a veséket fedő izmok tömege a kikopogtatást nem akadályozza, Korányi kísérletezés alá vette a vizsgálandó élő ember olyan elhelyezését, melyben a hátizmok feszülése elkerülhető. Ezt megtalálta a térdkönyök helyzetben és még teljesebben olyan hasfekvésben, melyben a gerincoszlop a has felé hajló ívet alkot. Az előadó betegeken mutatja be, hogy ezen helyzetben a belek többé-kevésbé a has felé süllyednek. Ugyancsak betegeken mutatja be, mily pontossággal lehet ezen helyzetben szakszerű kopogtatással az ép vesék határait kimutatni és a vándorvesét megállapítani. Azután ábrákon mutatja be a vesetáj kopogtatáshangjának azon jellegző elváltozását, melyet Dollinger klinikáján olyan betegen talált, kinek egyik veséjét műtéttel eltávolították, azután a saját klinikáján vizsgált olyan betegeken, kiknek egyike vesemedenczelobban, két másika pedig vesegümőkórban szenvedett. Végezetül felsorolja azon betegségeket, a melyekben a gerincoszlopnak és környékének kopogtatása jellemző kopogtatási kórjeleket szolgáltat.

**Korányi Sándor:** A vesetompulat a légzésmozgásokat követi. Most vizsgáltam egy vesetuberculosis-esetet: baloldalt a vesének légzésmozgásai elmaradtak, míg a jobb vese a légzésmozgásokat követte. Lehet, hogy ezen mozgások kimutatása a perinephritiszes összenövés felismerésére is alkalmas lesz.

**Közkórházi Orvostársulat.**

(II. bemutató ülés 1908 február hó 12.-én.)

Elnök: **Elischer Gyula.** Jegyző: **Körmöczy Emil.**

**Epehólyagkiirtás sérülés miatt.**

**Pólya Jenő:** F. S., 24 éves tűzoltó, 1907 december 8.-án reggel kéményvizsgálat közben kiálló vasrúdba esett, mely hasán

megsértette. Azonnal a szt. Margit-kórházba szállították, hol a következő jelenállapotot találtuk:

Erőtlen férfi, nagyon kollabált, arca halvány, érverése 124, gyenge. A jobb bordaív alatt a bimbóvonalban szaggatott szélű, körülbelül koronamekkoraságú folytonossághiány, melyből eseplesz esik elő és sötét vér bugyog. Ezen folytonossághiány szomszéd-ságában ép bőrrel fedett, ökölnyi daganat látható, mely a betegnek a műtétasztalra fektetése alkalmával eltűnik s ekkor helyén a hasizomzatban 2 ujj számára átjárható hiányt érzünk.

Műtét azonnal, aetherbódításban. Először a sérülés helyén át a bordaív mellett viszünk metszést. Ekkor kitűnik, hogy a eseplesz, gyomor és colon transversum az aponeurosis és bőr közötti tasakban van; mivel sértetlenek, megtörésük után a hasüregbe visszahelyezzük. A hasüregből mintegy 400 cm<sup>3</sup> vér ömlik; a látható belek mind véresek. Az előbbi metszéshez most egy függélyest esatolunk s a jobb rectuson áthatolva tágan megnyitjuk a hasüreget. Most látjuk, hogy a vérzés a májszél 2—3 cm. hosszú, mely repedéséből származik, mely közvetlen az epehólyag felett foglal helyet. Aláöltésre, melyet 2 selyemvarrattal eszközölünk, a vérzés szűnik, az epehólyagon levő finom repedés azonban még a májseb bevarrása után is szivárogoz. Az epehólyag különben is erősen telt, feszes, körülbelül lúdtőjás-mekkoraságú s vékony falán a benne levő vértömeg kékesvörösen tűnik át.

Ezek alapján fel kellett vennünk, hogy a májseb áthatolt az epehólyag májagyáig és benne megsértett valami nagyobb ereket, talán magát a cysticát, s ebből történik a vérzés a hólyagba. Az a kérdés állott tehát előttünk, hogy mit tegyünk már most a hólyaggal? Kifelé nem volt ugyan jelentékeny a vérzés, úgy hogy tamponálásra biztosan elállott volna, de kérdéses volt, vajjon nem lesz-e majd vérzés a cysticuson át a bélbe? Az is világos volt, hogy a hólyagban levő vértömeget nem szabad ott hagyni, mert előreláthatólag csak súlyos kólikák közt távozhatott volna és esetleg súlyos helybeli szövödményekre (nekrosis nyomás, genyedés, szétesés folytán) szolgáltatott volna alkalmat.

Megnyitottuk tehát az epehólyagot, a benne levő vérárvadékokat kitakarítottuk és mivel még akkor is volt vérzés az epehólyag bel-sejében, legjobbnak látszott az epehólyagot kiirtani. Ezt meg is tettük oly módon, hogy a cysticust előre lekötve, átvágtuk s a hólyagot egyszerű húzással eltávolítottuk a májról. A cysticus-ligaturát hosszan hagyva, tamponálás. Az eredeti sebzés helyét bőr- és peritoneum-izomvarratokkal, a függélyes sebet átöltő és conus-varratokkal egyesítjük.

Eltételeztük attól, hogy egy bordaporez nekrosisossá vált és ezt el kellett távolítani, sima gyógyulás, a sebnek bevarrt része per primam egyesül. Hosszú ideig bő epefolyás, ennek megszünte óta gyors gyógyulás: jelenleg csak 20 fillérnyi sarjadzó felület látható, melyből finom sipolyjárat vezet a bordaív irányában le- és felfelé.

**Orrplastica.**

**Pólya Jenő:** P. M., 27 éves bányász orra 5 év előtt beesett. Luest tagad. A szt. Margit-kórházba való felvétele alkalmával látjuk, hogy az orr porcizos része mélyen az apertura pyriformisba süllyedt, úgy hogy az orrsücs az orrgyök szintjében fekszik fenn a sutura internasalis alsó végpontja táján; az orrlíkok a vertikális síkban fekszenek. A septum mobile kivételével az egész orrsövény hiányzik, a szájpardon is nagy hiány van.

Műtét február 5.-én. Az orr szélét baloldalt teljesen, jobboldalt az orrszárnyig leválasztom az apertura pyriformisról, a bőrmetszések hegyes szögben találkoznak; e ponttól fel az orrgyökig függélyes metszést viszek s az orresontok egész hosszából 1/2 cm. széles lemezt vések ki, melyet az orr felszabadított porcizos részével összefüggésben hagyok s most az egész lebenyt (porcizos orr és csontlemez) lecsapom. Az orr bal feléből kiveszek egy háromszöget s az arczbőr felpraeparálása után a bőrsebeket fordított Y alakban egyesítem.



Gyógyulás per primam: az ornyereg még kissé besüppedt ugyan, de az orresücs jól kiemelkedik, az orrlukak a horizontális síkban fekszenek.

### Medenczetörés a húgyeső körkörös leszakadásával.

**Herezel Manó:** A medenczetörések béke idején elég ritkák. Golebiewski 3972 sérülés közül csak egy medenczetörést talált és Braun szerint a medenczetörések az összes töréseknek csak 0.30%-át teszik.

Súlyosabb elbírálás alá esnek azon esetek, a melyekben a törés a medenczebeli szervek, különösen a húgyszervek sérüléseivel párosul. Különösen súlyosak az elülső medenczegyűrű törései, melyek gyakran húgyesőszakadással, hólyagrepedéssel járnak együtt. Ilyenkor a vérrögökkel és szétmorzolt szövetzafatokkal telt cavum praeperitonealeba ömlik a vizelet, itt pang és húgybeszűrődést, súlyos bűzös kötőszöveti tályogokat okoz, melyek pyaemiás, sepsises lázakra annál is inkább hajlamosítanak, mert külső sérülés híján nincs lefolyás és az erős fascia perinei profunda a bűzös váladékot visszatartja. A beömlő vizelet csakhamar fertőzi a tört csontokat. Nem esoda tehát, hogy a húgyesőszakadással párosult medenczetörés Kaufmann szerint 40%-os halálozással jár.

S. L. kilencz éves munkás-fiút 1906 október 5.-én későn este egy villamoskocsi elütötte és pedig úgy, hogy a rohanó kocsit a jobb medenczejét erősen egy vasoszlophoz lökte.

Nem tiszta sensoriummal szállították be az osztályra, a hol is a jobb lábfej, a jobb nagy tompor fölötti bőr és a jobb hasfél bőrének a crista felett látható 3 cm. hosszú zúzódásán kívül azt találtuk, hogy a jobb lágyéktájék, valamint a symphysis és a hólyagtájék és harántirányban a medence nyomásra igen érzékeny. A has egybeült mérsékelt feszes, nem érzékeny. A beteg nem tud vizelni. Hőmérséke normális. Az érverés 120, rhythmusos. A húgyesőből kevés vér szivárog.

Másnap súlyos shok tünetei, eszméletlenség, délután hasmenés vizeles nélkül.

Harmadnap reggel kissé magához tér, még mindig nem tud vizelni. A hólyag erősen telt. Többször hányt; az érverés 120, kicsi, puha. Láztalan. Miután a csapoláskísérletek nem vezettek eredményre, medenczetörés- és húgyesőrepedés-kórismével a műtét-hez fogunk.

**Műtét 1906 október 7.-én.** Hosszú próbapunctió s tüvel a symphysis felett beszűrve, véres vizeletet kapunk. Bemetszés a középvonalban. A hasfal összes rétegei véres vizelettel beszűrődtek. A hólyag igen erősen tágult, feszes; a praevésicalis üregben igen sok véres vizelet és hatalmas véralvadékok. A symphysis tátong, a jobb szeméremcsont sokszorosan eltört, szilánkjai előállanak. Kitakarításuk után felleljük a húgyeső proximális csomóját, mely körülbelül két cm. hosszú, czaftos szélű, kitüremkedett nyálkahártyájú. Rajta át kathetert vezetünk a hólyagba, a mikor is körülbelül 1½ liternyi egészen tiszta vizelet ürül. A distális csomót, mely a symphysis alá húzódott, megtalálni és a kathetert a penisen át kivezetni nem sikerül, mert a roncolt csomó a szilánkokba kapaszkodik s ellátás közben a kis beteg kollabál. Tamponade, kötés. A hólyagba katheter.

A műtét után harmadnap láz támad, az ötödik naptól kezdve pedig a vizelet, mely eddig a hasfalán át vezetett katheteren tisztán ürült, a sebbe folyik, úgy hogy október hó 15.-én a kathetert, mely már úgy sem vezet, eltávolítjuk és a sebbe drainesövet vezetünk. A beteget e mellett naponta kétszer fürdetjük.

Igy tartott ez két hónapon át kisebb-nagyobb lázzal, december 7.-éig, a mikorra is a műtét seb nagyrészt bezáródott, csak épen a sipoly volt nyitva, melyen át drainesövön ürült a vizelet.

A húgyeső-csomók egyesítését célzó második műtét 1906 december 7.-én történt. A régi hegbe bemetszve, szabaddá tesszük a hegesen összenőtt, mélyen fekvő hólyagfalat. Két selyemfonállal elővonjuk és megnyitjuk, a mikor is körülbelül 1 liter egészen tiszta vizelet ürül. A húgyesőnek belső nyílásába lúdtollvastagságú angol kathetert vezetünk, azután a penisen keresztül iparkodunk kathetert vezetni a praevésicalis üregbe, de mert ez nem sikerül, a pars bulbosa táján, a pars membranaceaán át *urethrotomia externát* végzünk. A nyíláson vékony fémkathetert vezetünk a praevésicalis üregbe, a katheter pavillonjába selyemfonalat fűzünk és ezzel sikerül a kathetert behúzni a hólyagba. A csomók 3 cm. távol-

ságban vannak egymástól, összevarrni őket nem lehet. A hólyagsebet néhány finom selyemöltéssel szűkítjük. Draineső és tampon a hólyagba.

A következő napokon a beteg láztalan, a draineső kitűnően vezet, a kötés tiszta.

Hónapokon át tartó lassú sarjadzás után, előbb állandó katheterrel, utóbb időnkénti tágitással, a beteg 1907. szeptember 18.-án gyógyultán távozott a kórházból. A vizelet ekkor már a húgyeső nyílásán át szabadon ürült, az epicystotomia helyén kis sarjadzó seb volt. Otthon 6 hét múlva azonban a sarjadzó hely átlukadt és a vizelet ott is ürült. A húgyesőbe ismét bevezetett állandó katheterre tíz nap múlva a hasseb behegedt.

Jelenleg a vizelet állandóan a húgyesövön át ürül. A mi a kapacitást illeti, a beteg néha egész éjszakán át, napközben pedig átlag 3½—4 óráig tartja a vizeletét. 17. számú francia katheter könnyen hatol a hólyagba és a mi a legörvendetesebb, szűkületnek nyoma sincs.

Hogy a húgyeső beszakadásán kívül, a mit ez esetben a symphysis hirtelen szétválása okozott, a kis beteg súlyos medenczetörést is szenvedett, a Röntgen-kép mutatja. (*Posterior, anterior felvétel.*) A juvenilis medenczének jobb fele egészben jóval magasabban áll, mint a bal; a symphysis majdnem harántujjnyira tátong, a feltolt jobboldali os pubis szélei egyenetlenek. A jobboldali izvápa körvonalai elmosódottak, az os ilei és os pubis közti csontosodási porcz is megvastagodott, körülötte halvány callus-részek láthatók. A jobboldali izvápa felső széle és a jobb csomófej nagyfokú elváltozást mutat. A jobboldali synchondrosis sacro-iliaca sokkal kevésbé kifejezett, mint a baloldali (úgy látszik, mintha a trauma következtében az ott levő porcz helyén elesontosodás következett volna be).

**Minich Károly:** A medenczetörések a baleseteknek csak 1/3%-ában fordulnak elő, mondotta az előadó. De csak azon esetek, melyek a sebészhez kerülnek, mert a törvényszéki orvostanban sokkal gyakrabban fordulnak elő, minthogy olyan sérüléshez kapcsolódnak, melyek rögtön halálossá válnak. A legutóbbi napokban gyorsvontat ütött el egy kocsit, melyen két ember ült. Az egyik commotio cerebrirel szállították a kórházba, a hol meghalt, medenczetörése is volt; a másik halálának májsérülés volt az oka és a medenczéje is el volt törve.

**Genersich Antal:** A medenczesérülések gyakoriak, de ritkák a nagy sérülések; a kicsinyeket a beteg észre nem veszi, csak mikor 20—25 év múlva boncolják, derül ki a medenczetörés. Kolozsvárt 3 ilyen esetet észlelt.

**Herezel Manó:** Most a medenczetörések gyakrabban lesznek megállapíthatók a Röntgen-képek segítségével.

## A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(VIII. rendes ülés 1907 december 13.-án.)

Elnök: **Dollinger Gyula**, később **Haberern J. Pál**. Jegyző: **Winternitz Arnold**.

(Vége.)

**Dollinger Gyula az agykéreg sensomotorius részéből eltávolított cisticercus cellulosa monocysticust mutat be.** A jelenleg 16 éves fiúnak 3½ évvel ezelőtt egy izben már voltak görcsei, a melyekről azonban részletes felvilágosítást nyerni nem lehetett. 2½ esztendővel ezelőtt vizes kannával fejbeverték, a mire elszédült, az eszméletét veszítette, de felocsudva hazament, a hol a sebet gyógyították, a mely nemsokára behegedt. 3—4 héttel később görcsöket kapott, a melyek azután felévenként, utóbb azonban már 3—4 hetenként ismétlődtek. A klinikára 1907 november 5.-én vették fel. Ekkor a bal koponyafélén a sensomotorius központok táján 2½ cm. hosszú, vékony hege volt, a melynek megfelelőleg azonban a koponya nem volt behorpadva.

Műtét november 16.-án. A koponyát úgy vérteleníti, hogy a halántéktájakra összehajtott multtampon helyez a koponyát övedző gummicso alá. Ennek folytán az osteoplastikás lebeny kimetszésekor vérzés nincsen. A kemény agykéreg megnyitása után kitűnik, hogy a gyrus centralis közepe táján a nyílvarattól 9.3 cm.-nyire, az orgyóktól pedig 13 cm. távolságban borsómeckoráságú, a lágy agyburok fölé kiemelkedő, kemény, világossárga test helyezkedik el, a melyet a gyrusnak megfelelő darabjával kimetsz. Ez a képlet



a kemény agykéreggel finom kötőszöveti szállal áll összefüggésben és mikroskoppal vizsgálva cysticercus cellulosaenak bizonyult, a mely elmeszesedett és a melynek állományában borgot is sikerült kimutatni. Vérszállítás után a kemény agykéreg bevarrása és a seb egyesítése drainezés nélkül. A seb maga zavartalanul gyógyult. A műtét után azonnal a seb bekötözésekor a beteg jobb felső végtagjának izmai tonusos összehúzódnak voltak, míg a többi végtag petyhüdt volt. Felébredéskor bénulástünetek nincsenek, de a beteg a hozzáintézett kérdésekre már dünyögve felel, másnapra pedig beszélni egyáltalában nem tud, bár a hozzáintézett beszédet érti és annak értelmében eszelecszik. Agnyomás-tünetek nincsenek. Ez az állapot kilencz napig tart, a mikor beszélni kezd, egynehány nap múlva pedig a beszédzavar utolsó nyomai is elenyésznek. 19.-én éjjel egy epileptikus rohamra volt, 20.-án hét, 23.-án három rohamra, ezután 17 napig nem volt roham, a mikor ismét mutatkozott egy roham. A klinikáról való távozása előtt még egy rohamra volt. A mi a műtét végleges eredményét illeti, arról csak évek után lehet végérvényesi tételt mondani. Minthogy a cysticercus az emberben 3—6 évig él mielőtt elmeszesedik, ezen esetben az első görcsrohamok olyan időbe esnek, a mely talán a cysticercus bevándorlásával egybevág.

A műtétet a cysticercus felismerése előtt az tette indikálttá, hogy bár a betegnek a fejbeveretése előtt már volt epileptikus roham, ez a sérülés után mind gyakrabban lepte meg, úgy hogy tel lehetett tételezni, hogy amiből a sérülés helyén horpadás nem észlelhető, talán a vitrea repedt le és sértette meg az agyvelőt, vagy pedig a sensomotorius területeken vértömlő támadhatott. A mi a műtét után egy ideig fennállott beszédképtelenséget illeti, azt a bal oldalon történő a műtét, az eltávolított gyűrűs rész körül támadt collaterális vérzés és talán vizenyő magyarázza.

**Dollinger Gyula: A cárotis communis aneurysmája a fejverőér kettémetszése folytán.** A 30 éves beteg hat héttel a sérülés előtt kocsirol esett le, a mely alkalommal egy kukoricaesődarab a nyaka bal felébe fúródott. Sebet eleinte otthon gyógykezelték, majd orvoshoz fordult, a ki állítólag egy darab kukoricaesővet a nyakából kihúzott. De mivelhogy a nyaka mindinkább megdagadt, egy nappal a klinikára bejövése előtt, a szomszéd város orvosához fordult, a ki a daganatba belemetszett, de a nagy vérzést csak azzal tudta elállítani, hogy a sebet erősen bevarrta. Felvételtkor a nyak egész bal oldalát lüktető daganat foglalta el. Műtét november hó 20.-án. A musculus sternocleidomastoideus külső oldalán hatolt be közvetlenül a kulesesont felett. A közös fejverőeret 6—7 centiméterrel a kulesesont felett lekötötte. A nyak egész oldalát, a szövetek közeit híg verőeres vér foglalta el. Tulajdonképen aneurysmazsák még alig fejlődött ki. A közös fejverőér oszlása alatt az verőérrel keresztben öt centiméter hosszú, egy centiméter széles lándzsaalakú hegyes kukoricaesődarab feküdt az üregben, a mely eltávolítottván, kitűnt, hogy az a verőeret közvetlenül az oszlás felett úgy vágta ketté, hogy csupán a hátulsó falon maradt meg mintegy három milliméter széles területen az ér izomrétege és kötőszöveti burka. A verőér a sebész felett is lekötöttén, a két lekötés közé eső rész eltávolított. Tekintettel arra, hogy az idegen test olyan soká volt a sebben, ezt nyitva gyógykezelték. A gyógyulás zavartalan volt. A baloldali hangszalag bénulása, a melyet a felvételtkor megállapítottak, a beteg távozásakor is megvolt.

**Dollinger Gyula: Idült könyökficzamosodás az orsócsont fejecsenek törésével.** A 44 éves férfi hat héttel a felvétele előtt kocsirol leesve a könyökét megütötte. Kuruzslóval gyógykezeltette. Felvételtkor jobboldali hátulsó könyökficzamosodást állapítottak meg rajta. 1907 november 6.-án az ízület kitérítése a külső oldalról. Az orsócsont fejecse Y alakban három darabra van zétörve. Az egyes darabok egymással összenöttek, de olyan ferdén, hogy a fejecs rendes alakját teljesen elvesztette, miért is Dollinger eltávolította. Azonkívül az előkarcsontoknak ízületi vége előtt fekvő mintegy két diómeckoraszágú callustömeget is eltávolított és a sebet bevarrta. Zavartalan gyógyulás. A mikor a beteg december 3.-án a klinikát elhagyta, könyökét 90-től 110-ig tudta nyújtani és hajlítani.

**Dollinger Gyula: Idült könyökficzamosodás a trochlea törésével.** A nyolcz éves fiú hat hónappal a klinikára való felvétele előtt fáról leesve a bal könyökét megsértette. Orvosa gipszkötésbe tette, később borogattatta. 1907 november hó 27.-én kerül a klinikára. Itt hátulsó könyökficzamosodást állapítanak meg. A könyökizület kitérítése a külső oldalról az epicondylus lateralis levésése után. Az oldalszalag ezzel összefüggésben marad. Az ízület kitérítése után kitűnik, hogy a trochlea hosszanti irányban ketté van törve. A letörött rész az ugyanezen letörött eminentia capitataival együtt úgy nőtt össze a felkar ízületi végével, hogy ezen letörött rész ízületi felülete befelé az ulna felé van fordulva és így az ízület rendes mozgását a könyök visszahelyezése után gátolná. Ezért Dollinger a felkar ízületi részét a szalagtapadások alatt reszekálja, a csontvéget legömbölyíti és az ízületet visszahelyezi. Az ulna ízületi végét leszakadt tokszalagrongyok fedik; az olecranon vájulatát zsírcatgutttal a helyére visszavarrva, a sebet teljesen elzárja. A gyógyulás zavartalan.

## Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostudományi szakosztálya.

(V. szakülés 1908 február 29.-én.)

Elnök: **Turesa János.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

**1. Veress Ferencz: Fibrolýsinnel kezelt súlyos égési heg** esetét mutatja be. Az eddigi irodalom ismertetése után bemutat egy 36 éves férfit, a ki 1907. május 10.-én mindkét alsó végtagjának hátulsó oldalán megégett a keresztcsonttól a lábikráig. A harmadfokú égés erős, heges contracturákkal gyógyult, melyek az alsó végtagok kiegyenesítését annyira akadályozták, hogy a beteg félíg behajlított lábakkal állott s különösen jobb lába annyira zsugorodott, hogy azon oldali sarka 4—5 harántujjnyira elállott a földtől. A nagykiterjedésű hegek közepe táján kiálló sugaras kötegek látszóttak, melyek a nagy feszülés folytán deszkakemény-szerűek voltak.

Betege december 1.-étől január 29.-éig eleinte naponta, később másodnaponként összesen 31 injectiót kapott a glutaeusokba s bár rendes kosztot élt, testsúlyban 7 kilón felül gyarapodott. Az eredmény kielégítő, a végtagok szabadon kiegyenesíthetők, a kemény hegek engedékenyebbek, puha szövetű alakultak át, a sugaras kötegek teljesen elmúltak.

**2. Kanitz Henrik** bemutatásai:

a) **Tylosis palmaris et plantaris syphilitica** esete. A tenyereken lencsényi-füllérnyi, kerek és kigyózó sávokat alkotó barna-vörös foltok láthatók a 24 éves szakácsn. E foltoknak az írta felső részében üllő és a bőr felszínéből ki nem emelkedő tömött beszűrődések felelnek meg. Hasonló elváltozások a talp elülső részén is láthatók. A betegen az alkati bujakór egyéb tünetei is megvannak.

b) **Syphilis gyratea érdekes esete.** A kilencz hónapos csecsemő testén hat hét óta vannak papulák jellegű, körkörös és kigyózó syphilidekből álló kiütések, melyek formái szépségükkel kötik le a figyelmet.

c) **Glossitis gummosa et interstitialis diffusa syphilitica.** Az 54 éves asszony háromnegyed év előtt vette észre, hogy nyelvén apró fekélyek támadtak, majd dagadni kezdett a nyelve, s két hónap óta oly tetemes a megnagyobbodás, hogy a beszédben és evésben akadályozza. Nyelve eredeti térfogatának körülbelül kétszeresére megnagyobbodott, vaskos, idomtalan, tömött. Atoxyl-kezelésben részesül s lényeges javulás észlelhető már hét atoxyl-injectio után.

d) **Lues congenita. Pemphigus syphiliticus. Exanthema maculo-papulosum et infiltratio diffusa syphilitica cutis. Coryza, onychia et paronychia luetica** két hetes csecsemőn. Az elváltozások a szülés utáni hatodik napon kezdődtek. A pemphigus-hólyagok alpjáról vett kaparékban számos spirochaetát talált, a mit demonstrál is.

Hozzászól: **Makara Lajos, Marschalkó Tamás.**



3. Kenyeres Balázs előadása: **Rejtett csonttörésekről Röntgen-sugarakkal végzett vizsgálatok alapján.** A múlt tanév folyamán tartott egyik előadásában számos olyan esetet mutatott be, a melyben a Röntgen-képen csonttörés képét utánzó változások mutatkoztak, a minek alapján nem egyszer a csonttörést tévesen meg is állapították. A jelen alkalommal olyan eseteket mutat be vetített képeken, a melyekben kizárólag csak a Röntgen-vizsgálat derítette ki a meglevő csonttörést. Egyszersmind olyan esetekre is kiterjeszkedik, a melyekben a meglevő csonttörést még a Röntgen-sugár sem tudja megtalálni, a mi nemesak a nehéz felvételeknél, hanem a legegyszerűbb vétagfelvételeknél is megtörténhetik. Hangsúlyozza, hogy a legnagyobb körültekintéssel kell eljárni, nem elégedhetünk meg az egy irányban végzett átvilágítással s még ma is nem egyszer szükséges a határozott vélemény nyilvánítása előtt a csonttörés-képződés megindulását bevégni.

## Személyek külföldi tudományos társulatok üléseiből.

**Poliomyelitis anterior acuta** képeiben lefolyt vesztettség esetét ismertette *Van Gehuchten* az „Académie de médecine de Belgique” január 25.-én tartott ülésén. A poliomyelitis tünetei az arezon történt marás után néhány nappal jelentkeztek s a körülbelül egy hónappal utóbb bekövetkezett halálig folyton fokozódtak: a vesztettségnek tünetei az egész lefolyás alatt hiányoztak. A boncoláskor a vesztettségben előfordulókhöz hasonló elváltozásokat találtak a középponti idegrendszerben, s az agyállományban beoltott házinyulak jellemző hűdéses vesztettségben pusztultak el. Az a kérdés támad tehát, vajjon poliomyelitis anterior acuta-nak jelzett némelyik esetben tulajdonképpen nem vesztettség forog-e fenn.

**A gyomorrák felismerésére** *Fischer* és *Müller* a müncheni orvosegyesület egyik utóbbi ülésén a ferment-diagnosztikát ajánlották. Azt találták ugyanis, hogy gyomorrák eseteiben a gyomornedvben olyan fermentum van, a mely vörös színeződést okoz, ha kékgyínyi glycyltryptophant megszárt gyomornedvvel összehozva, egy ideig a tenyésztőszekrényben tartunk.

**Az asthma bronchiale gyógyításáról Röntgen-fénnyel** tartott előadást *Immelmann* a berlini orvosegyesület január 22.-i ülésén. Tapasztalatai szerint a váladék meghígult, a rohamok száma csökkent és nem ritkán teljes gyógyulás következett be. Hetenként 1—2-szer sugározta be összesen 10 percig a mellkasnak elülső, oldalsó és hátsó részeit. Az előadáshoz fűződött eszmecsereben *Levy-Dorn* a suggestiónak tulajdonította a kedvező hatást, a mennyiben alig van más betegség, a mely suggestióval oly könnyen befolyásolható volna, mint az asthma. De ha így is áll a dolog, a szóban forgó kezelésmóddal szerinte is érdemes foglalkozni.

## PÁLYÁZATOK.

1660 908. sz.

A máramarosvármegyei központi kórház belgyógyászati, sebészeti és elmeorvos osztályán **egy-egy segédorvosi állás** pályázat útján betöltendő.

Javadalmazás egyenként: 1200 korona évi fizetés, élelmezés, lakás a kórházban, fűtés és világítás.

Felhívom a pályázókat, hogy kérvényeiket **f. évi április hó 20.-áig** alantírt központi kórház igazgatóságához nyújtsák be.

Máramarosvármegye, 1908. évi március hó 25.-én.

3—1

*Máramarosvármegyei központi kórház igazgatója.*

A szekszárdi „Ferencz-kórház”-ban egy **alorvosi állás** megüresedvén, felhívom az arra pályázni óhajtok, hogy eddigi működéseiket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat **f. évi április hó 8.-áig** méltóságos gróf Apponyi Géza úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához ezíneve, alulírt kórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtés és világítás. A kinevezés 3 évre történik s csak nőfőn orvostudorok és szigorló orvosok pályázhatnak.

Az itt elírt orvosi szolgálat a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámíttatik. Szekszárd, 1908. évi március hó 25.-én.

*Tanárky Árpád dr. s. k., igazgató-főorvos.*

A József-sanatoriumban (Gyula, Lugoserdő) **f. évi május hó 1.-ével** az első és a második segédorvosi állás betöltendő (az utóbbi esetleg előbb is).

Az első segédorvosi állással az előképzettség foka szerint 1600-tól 2000 koronáig terjedő évi fizetés, lakás és teljes ellátás, a másodikéval 1600 korona évi fizetés, lakás és teljes ellátás jár. Azok az orvosdoktor, esetleg szigorló orvos urak, a kik ezen állások egyikét elnyerni óhajtják, szíveskedjenek magyarázó dr. Lukács György egyesületi elnök úrhoz intézett folyamódványaikat a József-sanatorium igazgatóságánál (Gyula, Lugoserdő) mielőbb benyújtani, esetleg az egyesületi irodában (Budapest, IX., Lónyay-utca 47) személyesen is jelentkezni. Az első segédorvosi állásra csak orvosdoktor nevezhető ki.

Gyula, 1908. évi március hó 20.-án.

*A József Kir. Herceg Szanatorium-Egyesület József-Szanatoriumának igazgatósága.*

1550 908. sz.

Gárdonyi nagyközségben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása:

1. Készpénz havi részletekben a község pénztárából évi 1600 korona.

2. Lakbér negyedévi részletekben a község pénztárából évi 400 korona.

3. Látogatási díj a községben és a hozzá tartozó pusztákon nappal 1 korona, éjjel 2 korona. A pusztákon való megjelenéskor a fuvart a fél adja, fuvarmegterítés esetén az csak az első betegnél számítható fel, a többi beteg csak az 1 korona látogatási díjat fizeti. Ha ugyanazon családban és szobában több beteg van, csak az első után vehető 1 korona, a többi után egyenként a rendes díj fele.

A községi orvos kötelességeit a községi és vármegyei szabályrendeletek, továbbá az 1876. évi XIV. t.-cz. határozataival írják elő.

Felhívom tehát mindazokat, kik a jelesített állást elnyerni óhajtják, hogy életkorukat feltüntető születési bizonyítvány, képesítésüket igazoló orvosi oklevél és eddigi gyakorlati alkalmaztatásukat feltüntető közhatalosi bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **f. évi április hó 17.-én d. e. 11 óráig** nyújtsák be.

A választás határidejéül f. 1908. évi április hó 18. napjának d. u. fél 4 óráját Gárdonyi községéhez ezennel kitűzöm, azon megjegyzéssel, hogy a megválasztott orvos állását azonnal köteles elfoglalni.

Szekesfehervár, 1908. évi március hó 15.-én.

*Kálmán, főszolgabíró.*

66 908. ikt. sz.

Békes vármegyei központi kórházának elmebetegosztályán **2 segédorvosi, belgyógyászati osztályán 1 segédorvosi állás** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: az elmebetegosztályon egyenként évi 1600—1600 korona, a belgyógyászati osztályon évi 1000 korona készpénzfizetés és mindenik állásnál 1 oszt. teljes ellátás, lakás, fűtés, világítás.

Folyamódokat felhívom, hogy eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt kérvényeiket méltóságos Döry Pál úrhoz, Békes vármegye főispánjához ezíneve, hozzám **f. évi április hó 7.-éig** küldjék be.

Gyula, 1908. évi március hó 24.-én.

2—1

*Békes vármegyei központi kórházának igazgatója.*

A Budapesti Kerületi Munkáshoztató Pénztár igazgatósága **f. évi április hó 15.-ével** az V., VI., VII., VIII. kerületben, Újpesten, Rákospalotán, Rákosszentmihályon és Kispesten kilencz ideiglenesen már betöltött **évi 1400—2100 koronáig** terjedő fizetéssel javadalmazott és egy az Angyalföldön (VI. ker.) újonnan betöltendő **évi 2500 koronával** javadalmazott **kezelőorvosi állás**ra hirdet pályázatot.

Az ezen állásokra pályázó orvos urak oklevélmásolatokkal és egyéb orvosi szolgálatot bizonyító okmányokkal felszerelt kérvényeiket **f. évi április hó 10.-éig** fenti pénztár főorvosi hivatalába (VII., Damjanich-utca 26) küldjék be, a hol ezen állásokra vonatkozólag bővebb felvilágosítás is nyerhető.

Budapest, 1908. évi március hó 20.

*A Budapesti Kerületi Munkáshoztató Pénztár főorvosi hivatala.*

483 908. eln. sz.

A Szabadka sz. kir. város tulajdonát képező „Mária Valéria” kórházban üresedésben lévő és **1200 korona évi fizetés**, lakás, fűtés, világítás és 1 oszt. élelmezéssel javadalmazott **kórházi alorvosi állás**ra pályázatot hirdetek.

Az állást elnyerő orvos tartozik a kórházban lakni és magángyakorlatot — az első segélynyújtás esetét kivéve — nem folytathat, nő orvos pályázati kérvénye figyelembe vételül nem fog.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy megfelelően okmányolt pályázati kérvényeiket **f. évi április hó 15. napjának déli 12 óráig** Bozserdy István főispán úrnál Szabadkán annál is inkább nyújtsák be, mert az elkészen benyújtott pályázati kérvény vissza fog utasíttatni.

A mennyiben az 1888. évi I. t.-cz. 9. §-ának II. pontja értelmében kellően minősített pályázó nem jelentkezik, egy évi gyakorlatra utasított, esetleg szigorló orvosnak pályázati kérvénye is figyelembe fog vétetni.

Szabadka, 1908. évi március hó 19.-én.

*Bíró Károly dr., kir. tanácsos, polgármester.*

4229 908. sz.

Aradszentmártoni községi orvosi állásra az eddig kiírt pályázat meddősége miatt újból pályázatot hirdetek.

A községi orvos járandósága: **évi 1800 korona fizetés**, természetbeni lakás és nappal 40, illetve 60 fillér, éjjel 1 korona látogatási díj.

A pályázati kérvények hozzám **április hó 18.-áig** adandók be.

Megjegyzem, hogy a mennyiben okleveles orvos nem jelentkezne, szigorló orvos pályázatát is elfogadom.

Etelek, 1908. évi március hó 19.-én.

*Mladin Miklós, főszolgabíró.*

A pécsi állami gyermekmenhelynél jelenleg üresedésben van az **intézeti másodorvosi állás**, a mely **évi 1200 koronányi** (havi 100 koronás előzetes részletekben fizetett) tiszteletdíjából, az intézetben lévő tágas bútorozott szobájú lakásból, annak fűtéséből s világításából és első osztályú élelmezésből álló javadalmazással van egybekötve.